

Ce document sera remis **en main propre par l'élève** concerné  
à son professeur d'éducation physique et sportive

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE  
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE <sup>1</sup>**

Je, soussigné(e), .....docteur en médecine  
exerçant à ..... certifie avoir, en application du décret n° 88-977  
du 11 octobre 1988, examiné

**L ' ELEVE** ..... **CLASSE** : .....

**Etablissement** : ..... **VILLE** : .....

**né(e) le**.....

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

**une INAPTITUDE PARTIELLE**

**du** ..... **au** .....

Dans ce cas, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de  
l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

- **des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture ...)** :  
.....
- **des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire)** :  
.....
- **la capacité à l'effort (intensité, durée...)** :  
.....
- **des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu  
aquatique, conditions atmosphériques...)** :  
.....
- **etc.**  
.....

**une INAPTITUDE TOTALE <sup>2</sup>**

**du**..... **au** ..... <sup>3</sup>

**Fait à** ..... **le**.....

**Signature et cachet du médecin :**

<sup>1</sup> Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

<sup>2</sup> En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

<sup>3</sup> En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.