

CERTIFICAT D'APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Modèle de certificat médical à usage scolaire (en référence au décret du 11-10-88 et à l'arrêté du 13-09-89).

Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra à l'enseignant d'EPS de proposer un ou des exercices adaptés en fonction des capacités citées (exemples : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité ou de la charge de travail, adaptation des conditions humaines, matérielles, spatiales ou temporelles de l'activité, modification du barème, activités de substitution, ...).

Je soussigné(e) _____, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève _____, né(e) le _____ et avoir constaté que son état de santé entraîne :

❖ UNE APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'EPS

du ___/___/20__ au ___/___/20__ inclus. Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

FONCTIONS POSSIBLES	TYPES D'EFFORTS POSSIBLES	CONTEXTES D'ACTIVITÉS PARTICULIERS	AUTRE(S) AMENAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)
<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/> Intense et bref	<input type="checkbox"/> Milieu aquatique	<input type="checkbox"/> Adaptations suivant les conditions climatiques (pollution, froid sec, ...)
<input type="checkbox"/> Courir	<input type="checkbox"/> Effort prolongé (limité à)	<input type="checkbox"/> Altitude	<input type="checkbox"/> Activités physiques permettant un allègement du corps (natation, vélo, ...)
<input type="checkbox"/> Sauter	<input type="checkbox"/> de faible intensité	<input type="checkbox"/> Travail en hauteur (escalade)	<input type="checkbox"/> Activités physiques avec déplacements limités (tennis de table, terrain réduit, ...)
<input type="checkbox"/> Nager	<input type="checkbox"/> Arrêt ponctuel de l'activité les signes : <input type="checkbox"/> d'essoufflement <input type="checkbox"/> de fatigue <input type="checkbox"/> de douleur	<input type="checkbox"/> Activités de contact	<input type="checkbox"/> Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer)
<input type="checkbox"/> Lancer			
<input type="checkbox"/> Porter			
<input type="checkbox"/> Lever			
<input type="checkbox"/> Mettre la tête en bas			
NOMBRE DE CASE COCHÉES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	NOMBRE DE CASE COCHÉES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	NOMBRE DE CASE COCHÉES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	NOMBRE DE CASE COCHÉES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>

Remarques ou précisions pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées :

OU

❖ UNE APTITUDE TOTAL TEMPORAIRE À LA PRATIQUE DE L'EPS

du ___/___/20__ au ___/___/20__ inclus.

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

Fait à _____, le _____ CACHET et SIGNATURE du Médecin :