



académie  
Limoges



Région académique  
NOUVELLE-AQUITAINE

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
RELATIF À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE  
L'EPS est un enseignement obligatoire pour tous les élèves.

Je, soussigné(e) ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce  
jour l'élève ....., né(e) le ..... en  
classe de .....<sup>3<sup>ème</sup></sup> et avoir constaté que son état de santé entraîne :

Cocher  et compléter les champs adéquats



Une **APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.**

Du ..... au ..... **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 :**

marcher /  courir /  nager /  sauter /  mettre la tête en bas /  lancer /  lever /  porter

Précisions : .....

**- TYPES D'EFFORTS :**

intense et bref  prolongé (durée limitée à : .....) )

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe :  d'essoufflement /  de fatigue /  de douleur

Précisions : .....

**- CONTEXTES PARTICULIERS :**

milieu aquatique /  altitude /  en élévation /  autre

Précisions : .....

**- AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)**

Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

Activités physiques permettant un allègement du corps :  natation  vélo  autre(s)

Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) :

Adaptations pour troubles de  l'équilibre,  la coordination,  la concentration,  autre

Précisions : .....

**Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées :**

.....  
.....

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres :  .....



Une **INAPTITUDE TOTALE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.**

(si aucune adaptation n'est possible)

Du ..... au ..... **inclus.**

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

Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés est constatée

Fait à ..... le ..... **Cachet et signature :**



**A compléter par le professeur d'EPS avant la visite chez le médecin**

**LES ACTIVITES PROPOSEES :**

**DANS LE CADRE DU COURS D'EPS EN CLASSE DE : .....<sup>3<sup>ème</sup></sup>.....**

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)
Sept / Octobre	Danse / Natation	
Novembre / décembre	Rugby / Natation	
Janvier / Février	Demi Fond / Volley-ball	
Mars / Avril	Renforcement musculaire (sans charge) / Volley ball	
Mai / Juin	Kayak en Course d'orientation	

Remarques éventuelles du médecin : .....  
.....  
.....  
.....

**DANS LE CADRE D'UN CRENEAU SPECIFIQUE D'ENSEIGNEMENT ADAPTE**

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)

Remarques éventuelles du médecin : .....  
.....  
.....  
.....