

### CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

115, Bd du Massacre  
B.P. 98430  
44184 NANTES Cedex 4

Tél. 02 40 16 18 18  
Fax. 02 40 16 18 24

E-Mail :  
[ce.0441993c@ac-nantes.fr](mailto:ce.0441993c@ac-nantes.fr)

Site internet :  
<http://lyc-carcouet-44.ac-nantes.fr>

Je soussigné (e), docteur en médecine,

Lieu d'exercice :

Certifie avoir, en application du **décret n°88-977 du 11 octobre 1988**, examiné l'élève :

Nom, prénom :

Né(e) le :

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

Une inaptitude totale du ..... au ..... inclus

Une inaptitude partielle du ..... au ..... inclus

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

• A des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....  
.....

• A des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....  
.....

• A la capacité à l'effort (intensité, durée)

.....  
.....

• A des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....  
.....

• Autres

.....  
.....

Date, signature et cachet du médecin :