

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

115 Bd du MASSACRE
BP 98430
44184 NANTES Cedex 4

Tél. 02 40 16 18 18

E-Mail :
ce.0441993c@ac-nantes.fr

Site Internet :
<http://carcouet.paysdelaloire.e-lyco.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 auinclus

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 :