

**ANNEXE 2**  
(article 13 du règlement intérieur)

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

Je soussigné(e), Docteur en médecine.....

Lieu d'exercice .....

Certifie avoir examiné l'élève :

NOM et prénom .....

Né(e) le ..... Classe .....

Ai constaté ce jour que son état de santé entraîne :

**UNE INAPTITUDE PARTIELLE**

du..... au .....

**UNE INAPTITUDE TOTALE**

du..... au .....

En 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 :

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

Fait à ..... Le..... Signature et cachet du Médecin