



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussignédocteur en médecine,

Lieu d'exercice :certifie avoir examiné l'élève :

NOM, prénom :

Né(e) le :

Examen :

- ☐ BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
- ☐ BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
- ☐ BACCALAUREAT GENERAL
- ☐ BREVET METIERS D'ART
- ☐ CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne

Une INAPTITUDE PARTIELLE du _____ au _____ limitant sa pratique des
activités suivantes :

.....
Types d'adaptations possible en fonction de l'activité :

.....
Une INAPTITUDE TOTALE du _____ au _____ et ne lui permet pas de pratiquer
d'activités physiques.

Le certificat doit être déposé au plus tard le jour de l'épreuve d'EPS de l'examen présenté.

Date, signature et cachet du médecin