

Ce certificat doit être remis **en main propre par l'élève** concerné à son professeur d'EPS, sans ratures.

Je, soussigné(e),, Docteur en médecine
Certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné

L 'ELEVE CLASSE:.....
né(e) le..... et constaté ce jour que son
état de santé entraîne une **INAPTITUDE à la pratique de :**

<u>VEUILLEZ INDIQUER CE QUE L'ELEVE NE PEUT PAS FAIRE :</u>	<u>VEUILLEZ INDIQUER ALORS SI L'ELEVE PEUT :</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Volley ball • Handball • Badminton • 3X500m Course de demi-fond • Course de durée • Step • Natation sportive • Natation sauvetage • Acrosport • Musculation 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcher • Marche active • Nager • Courir • Lancer • Observer • Arbitrer

Nombre d'activités contre indiquées :

du auinclus.

Si un aménagement permet une pratique même partielle ; veuillez en préciser les modalités :.....

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le.....

Signature et cachet du médecin :

* Arrêté du 13 septembre 1989

Contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement (J.O. du 21 septembre 1989 et B.O. n° 38 du 26 octobre 1989)

Éducation nationale, Jeunesse et Sports ; Solidarité, Santé et Protection sociale : Santé

Vu Code Santé publ. not. art. L 191, L 193 et L 194 ; L. n° 75-620 du 11-7-1975 ; L. n° 84-610 du 16-7-1984 ; D. n° 88-977 du 11-10-1988

Art. 2 – Tout élève pour lequel une inaptitude totale ou partielle supérieure à trois mois, consécutifs ou cumulés, pour l'année scolaire en cours, a été prononcée, fait l'objet d'un suivi particulier par le médecin de santé scolaire en liaison avec le médecin traitant