

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE À LA
PRATIQUE DE L'EPS

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

Je, soussigné(e),,
Docteur en médecine

Certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné

L' ELEVÉ.....CLASSE:.....

né(e) le..... et constaté ce jour que son état de santé entraîne une

INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE

- | | |
|-----------------|------------------------|
| • Handball | • 3X500m et demi-fond |
| • Badminton | • Course de durée |
| • Marche active | • Course d'orientation |
| • Step | • Natation sauvetage |
| • Danse | • Biathlon athlétique |
| • Musculation | |

Nombre d'activités contre indiquées:

du auinclus.

Fait à le.....

Signature et cachet du médecin :