

COLLER

CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE DU MEDECIN TRAITANT (Volet 1) (à n'ouvrir que par le médecin de médecine scolaire sous secret médical)

Je soussigné Docteur

certifie avoir, en application, du décret n°88.977
du 11 octobre 1988, examiné-le ou la candidate :

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe

Etablissement scolaire fréquenté :
est atteint(e) de : (diagnostic précis)

Cachet

IMPORTANT : Il convient de rappeler à l'élève et/ou à ses parents que le certificat d'inaptitude (même totale) ne dispense pas l'élève d'assister au cours selon le règlement des établissements scolaires de l'Education Nationale.

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EPS (volet 2) (à remplir par le médecin traitant et à remettre après contrôle au professeur d'EPS)

Je soussigné Docteur

certifie que l'état de santé de :

NOM

Prénom

Date de naissance

Sexe

3

Etablissement scolaire

classe

examen présenté

entraîne une ☐ INAPTITUDE PARTIELLE (rayer la mention inutile)☐ INAPTITUDE TOTALE

du

au

Si l'inaptitude est partielle et afin de permettre d'adapter l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser si l'inaptitude est liée:

- ⇒ à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- ⇒ à des types d'efforts (musculaires, cardio vasculaires, respiratoires...)
- ⇒ à la capacité à l'effort (intensité, durée...)
- ⇒ à des situations d'exercices (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, salles fermées...)
- ⇒ autres : (préciser)

Date : A

le

Cachet

COLLER

INSPECTION ACADEMIQUE DES LANDES

(Volet 3)

Service de Santé
Scolaire

Je soussigné Docteur

Médecin du service de Médecine Scolaire certifie que
le (ou la) candidat(e), Nom

Prénom

Etablissement scolaire :

est :

- (1) ☐ apte à subir les épreuves obligatoires d'E.P.S.
- ☐ inapte partiel
- ☐ inapte
- ☐ handicapé (préciser la classification du handicap)

Signature,

A

le

cachet

(1) Cocher la case correspondante