

Département des Examens et Concours  
20 rue St Jacques BP 709  
59033 LILLE CEDEX

**Certificat Médical d'Inaptitude**  
**à la pratique de l'Éducation Physique et Sportive (1)**  
**- EVALUATION C.C.F.-**

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine à : ..... certifie avoir examiné :

Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le : .....

Établissement scolaire : .....

Candidat

B.E.P. *	C.A.P. *	BAC PRO*	<u>Spécialité</u> :
----------	----------	----------	---------------------

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

**UNE INAPTITUDE**

PARTIELLE \*

TOTALE \*

du : ..... au : ..... (2)

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'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...),
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...),
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...).
- etc...

.....

.....

.....

Signature et cachet du médecin    Fait à ..... le .....

1) Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire dont le nom pourra leur être communiqué par le chef d'établissement.  
2) En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S.

\* Barrer la mention inutile