



Etablissement Saint-Louis Sainte-Marie

CERTIFICAT MEDICAL  
*Education Physique et Sportive*

Je soussigné(e), .....,  
Docteur en médecine, certifie avoir, en l'application du décret n°88-977 du 11/10/1988, examiné l'élève  
..... de la classe de .....  
né(e) le ..... et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

**UNE INAPTITUDE PARTIELLE**

d'une durée de ..... du ..... au ..... inclus

*Pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève,  
veuillez indiquer ce que l'élève peut faire :*

- marcher       courir       soulever/parer       porter       nager  
 se déplacer en hauteur       mettre la tête en bas

**Les types d'efforts suivants**

- intense et bref (sprint)       efforts prolongés type aérobie

**Arrêt ponctuel de l'activité dès signe**       d'essoufflement       de fatigue       de douleur

Remarques particulières pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées :

.....  
.....

**UNE INAPTITUDE TOTALE**

d'une durée de ..... du ..... au ..... inclus

Fait à

Signature

Le

Cachet