

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE

A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné (e), Docteur en Médecine

Exerçant à

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

Nom Prénom

Né (e) le

Etablissement : Lycée Agricole du Mené, 6 rue du Porhoët - MERDRIGNAC

et constaté ce jour que son état de santé entraine

UNE INAPTITUDE PARTIELLE Du au

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels			Types d'efforts			Types de situation		
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Effort Intense et bref					
Sauter						Activité en hauteur		
Lancer						En fonction de conditions climatiques particulières		
S'accroupir								
Déplacements latéraux								
Lever porter								
Rotations								
Autres								

Commentaires éventuels :

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

UNE INAPTITUDE TOTALE

Fait à Le

Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées ____