

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Pour une **demande d'aménagement** de l'épreuve ponctuelle obligatoire d'EPS, le **candidat enverra ce certificat** au rectorat au moins quatre semaines avant l'épreuve. À défaut la demande ne pourra être prise en compte.

Pour les candidats en **formation professionnelle** le médecin est invité à **veiller à la cohérence entre aptitude professionnelle et aptitude à la pratique physique en EPS.**

Je, soussigné _____, **docteur en médecine, certifié avoir examiné ce jour l'élève** _____, **né(e) le** _____

inscrit à l'examen _____ **et avoir constaté que son état de santé entraîne :**

Cocher et compléter les champs adéquats. Remplir le plus précisément possible ce certificat aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un ou des exercices adaptés en fonction des capacités citées (exemple : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, changement d'activité,...).

Une APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du _____ au _____ inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

1. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

– FONCTIONS :

marcher / courir / sauter / mettre la tête en bas / lancer / lever / porter

Précisions : _____

– TYPES D'EFFORTS :

intense et bref prolongé (durée limitée à : _____)

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

Précisions : _____

– CONTEXTES PARTICULIERS :

milieu aquatique / altitude / en élévation / autre

Précisions : _____

– AUTRE(S) AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)

Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

Activités physiques permettant un allègement du corps : natation vélo autre(s) _____

Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (*les citer*) : _____

Adaptations pour la gestion du temps, de l'espace, des interactions sociales, des consignes

Adaptations pour troubles de l'équilibre, la coordination, la concentration, autre(s) _____

Précisions : _____

Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées : _____

2. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de pratique physique possible :

aider pour l'arbitrage / juger / observer / aider pour organiser / autre(s) _____

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres : _____

Une INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

Du _____ au _____ inclus.

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.

Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés est constatée.

Fait à _____, le _____ **Cachet et signature :**

*Compte tenu des conséquences que cela peut avoir, en particulier pour les candidats à un examen, il est rappelé que tout ajout, surcharge, ou rature ainsi que l'absence du tampon et de la signature identifiant clairement le médecin prescripteur rendra ce **certificat irrecevable.***

Remis ou reçu le _____ de la part de _____
Le réceptionnaire doit vérifier la conformité du certificat et le refuser s'il est incomplet ou irrecevable (Nom, prénom, lien avec l'élève)

Médecin de l'éducation nationale

si inaptitudes cumulées supérieures à 3 mois

Date :

Visa :

Professeur d'E.P.S.

Nom :

Date :

Visa :

Chef d'établissement

Nom :

Date :

Visa :