

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

Académie de Guadeloupe

Modèle de certificat médical à usage scolaire et pour candidat non scolarisé, en référence au décret du 11-10-88 et à l'arrêté du 13-09-89 : *Remplir le plus précisément possible, ce certificat permettra 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,...).*

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

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

Cochez et remplir les champs adéquats

UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS

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, chaleur, ...)

- 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 A LA PRATIQUE DE L'EPS

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 du médecin :**

*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)

Nom Prénom du Chef d'établissement :

Signature et Tampon du Chef d'établissement :