

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 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,...).

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 :