

Certificat Médical d'aptitude à la pratique de l'EPS

En référence au modèle proposé au BO n°36 du 26/10/1989 (décret du 11/10/1988 et Arrêté du 13/09/1989)

1. Je, soussigné (e)

Docteur en médecine, certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988, examiné l'élève

..... né(e) le/...../.....

scolarisé(e) à l'institution Notre Dame des anges en classe de, et constaté, ce jour, que

son état de santé entraîne **une inaptitude partielle d'une durée de**

Cette inaptitude est liée aux **incapacités fonctionnelles**

à des types de mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...) :

.....

à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...) :

.....

à la capacité à l'effort (intensité, durée...) :

.....

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, en milieu aquatique, conditions atmosphériques) :

.....

2. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités aux conditions de pratiques habituelles.

Activités	Nature de la prestation physique demandée à l'évaluation	Autorisées
Natation	Réaliser trois fois 50 mètres en utilisant 2 ou 3 nages différentes.	
Escalade	Grimper en « mouli-tête » (double assurage) une voie de son niveau.	
Aérobic	Réaliser un enchaînement de figures de type Aérobic (durée 1' à 1'30).	
Course d'orientation	Poinçonner un maximum de balise sur un temps imparti.	

3. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités **adaptées ou aménagées**.

Activités	Aménagement proposé	Autorisées
Natation	Réaliser trois fois 50m dans une ou deux nages non contre indiquées par le « handicap » et, éventuellement, à une intensité fonction de ce dernier.	
Aérobic		
Course d'orientation	Effectuer un parcours sur un temps imparti, avec un nombre de balises réduit et limité en difficultés.	
Escalade	Grimper en moulinette une voie correspondant à son niveau et aux limites posées par le type de handicap.	

4. Cette inaptitude ne permet la pratique d'aucune activité proposée.

L'élève présente donc une **INAPTITUDE TOTALE** d'une durée de

CACHET et SIGNATURE du Médecin :

DATE :

5. S'IL S'AGIT D'UNE EVALUATION CERTIFICATIVE (Baccalauréat)

Compte tenu des informations précédentes et des textes régissant les épreuves adaptées ou aménagées d'EPS aux examens, il est convenu que l'élève sera évalué (e) par M, Mme sur le groupement d'activités suivant :

① ② ③

Date :

Le Professeur d'EPS :

L'élève :