

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
Hand-ball	Conduire et réaliser un affrontement collectif	
Volley	Conduire et réaliser un affrontement collectif	
Course de ½ fond	Réaliser 3 courses de 500 mètres, récupération de 10mn entre chaque course.	
Badminton	Participer à un tournoi contre des adversaires de son niveau.	
Course en durée	Courir pendant 30minutes en respectant un objectif d'intensité défini par l'élève.	

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

Activités	Aménagement proposé	Autorisées
Hand-ball		
Volley		
Course de ½ fond	<i>Agir sur le nombre de répétition, la durée de récupération...</i>	
Badminton	<i>En fonction du « handicap », réaliser une série de matchs adaptés en intensité et en durée.</i>	
Course en durée	<i>Courir ou marcher pendant 30 minutes à une allure et intensité adaptées aux limites permises par le « handicap ».</i>	

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 :