

**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.

<b>Activités</b>	<b>Nature de la prestation physique demandée à l'évaluation</b>	<b>Autorisées</b>
Natation	Réaliser une fois 50 mètres chronométré en utilisant 1 nage ventrale et une nage dorsale	
Escalade	Grimper en « moulinette » une voie de son niveau.	
Aérobic	Réaliser un enchaînement de figures de type Aérobic (durée 1' à 1'30).	
Demi-fond	Enchaîner 3 courses de durées variables en respectant un pourcentage de VMA choisi par l'élève	
Rugby / Hand-ball / Volley	S'organiser collectivement pour gagner un duel.	

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

<b>Activités</b>	<b>Aménagement proposé</b>	<b>Autorisées</b>
Natation	Réaliser une fois 50m dans une ou deux nages non contre indiquées par le « handicap » et, éventuellement, à une intensité fonction de ce dernier.	
Aérobic	Prendre le rôle de juge.	
Rugby / Hand-ball	Prendre et assumer le rôle d'arbitre.	
Volley	Sport sans contact.	
Escalade	Grimper en moulinette une voie correspondant à son niveau et aux limites posées par le type de handicap.	
Demi-fond	Intensité limitée à un % de VMA, durée limitée.	

**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 :**