

CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

académie
de Montpellier

éducation
nationale
enseignement
supérieur
recherche

Rectorat
31, rue de l'Université
34064 Montpellier
cedex 2

Téléphone
04 67 91 47 00
www.ac-montpellier.fr

Je soussigné,.....docteur en médecine,

Lieu d'exercice :certifie avoir,
en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève :

NOM, prénom :

Né(e) le :

Classe de :

Examen :

- ☐ BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
- ☐ BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
- ☐ BACCALAUREAT GENERAL
- ☐ BREVET METIERS D'ART
- ☐ CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
- ☐ BREVET D'ETUDES PROFESSIONNELLES

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE :

- **TOTALE** du.....au.....
- ou
- **PARTIELLE** du.....au.....

En cas d'inaptitude partielle, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture....)
- à des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée.....)
- Autre(s) :

Date , signature et cachet du médecin