



CANDIDATS INDIVIDUELS APTES PARTIELS OU INAPTES TOTAUX
FICHE D'INSCRIPTION A L'EPREUVE OBLIGATOIRE ADAPTEE D'EPS et certificat médical de dispense - Session 2020
A RENVoyer AU RECTORAT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION A L'EXAMEN (date limite le 29/11/2019)

DEPT 09 12 31 32 46 65 81 82

<input type="checkbox"/> BAC GENERAL	<input type="checkbox"/> BAC TECHNOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> BAC PROFESSIONNEL	<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> BEP
Série :	Série :	Spécialité :		

INFORMATIONS CANDIDAT

MADAME MONSIEUR NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT ET/OU VILLE.....

TELEPHONE OBLIGATOIRE CANDIDAT/...../...../..... PARENTS/...../...../.....

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Candidats concernés : Candidats individuels présentant cette année un problème de santé chronique ou exceptionnel non reconnu par la MDPH. S'ils ne sont pas en mesure de passer les épreuves EPS organisées pour les candidats aptes, ils peuvent se présenter à l'épreuve adaptée académique ponctuelle.

L'épreuve d'EPS est une épreuve obligatoire pour tous les examens.

Seuls les candidats qui ne peuvent pas présenter les activités obligatoires classiques doivent renvoyer cette fiche. Elle doit être établie par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins et tient lieu de certificat médical.

L'original de ce document est à transmettre **dès l'inscription ou dernier délai dans les 48h après la date de l'examen d'EPS**, par voie postale au Rectorat, service de la DEC3-EPS (CS 87703 31077 TOULOUSE Cedex 4). *Conserver un double de tous les documents d'inscription*

Aucun certificat médical établi à une date postérieure à celle de l'examen ne pourra être pris en compte.

Pour rappel : Toute absence sans justificatif (médical ou force majeure) :
Bac général et technologique = zéro || Bac professionnel, CAP, BEP = absent = pas d'obtention du diplôme

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN

Recommandations :
 L'examen médical permettant de délivrer ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire (art.R4127-69 du code la santé publique).
 Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité pour le candidat de se présenter aux épreuves adaptées académiques, à choisir et cocher l'activité que le candidat est capable de réaliser ou, en cas d'impossibilité pour le candidat de pratiquer les activités académiques proposées, à le déclarer inapte total.
 En cas d'aptitude partielle, ce certificat peut comporter, dans le respect du secret médical, des indications utiles pour adapter la pratique de l'éducation physique et sportive aux possibilités individuelles des élèves.

Je soussigné(e) _____, docteur en médecine, certifié, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988, avoir examiné ce jour **l'élève** _____, né(e) le _____ **inscrit(e) à l'examen du** _____, **à (Ville)** _____, **et avoir constaté** (cocher les cases) :

<input type="checkbox"/> Une incapacité à réaliser l'un des couples d'activités obligatoires : Badminton en simple/Demi-fond (3x500m) Badminton en simple/ Gymnastique au sol Badminton en simple/Sauvetage Tennis de table en simple/Demi-fond (3x500m) Tennis de table en simple/Gymnastique au sol	Cette inaptitude est liée à des incapacités fonctionnelles : <input type="checkbox"/> de mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...) : <input type="checkbox"/> d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...) : <input type="checkbox"/> de capacité à l'effort (intensité, durée...) : <input type="checkbox"/> de situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, en milieu aquatique, conditions atmosphériques) :
--	--

Son état de santé entraîne donc (cocher la case) :

UNE APTITUDE PARTIELLE

Du au inclus

Choisir l'activité possible (à cocher par le médecin)

Natation (nage de durée)	<input type="checkbox"/>
Danse (chorégraphie individuelle)	<input type="checkbox"/>
Lancer de poids	<input type="checkbox"/>

UNE INAPTITUDE TOTALE

Pour rappel : Seules les incapacités fonctionnelles ne permettant pas à l'intéressé la pratique d'une des activités adaptées proposées ci-dessus au sens de la circulaire n° 94-137 du 30 mars 1994 entraînent une dispense d'épreuve.

Du au inclus

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Date : _____ Signature et cachet du médecin _____



CANDIDATS INDIVIDUELS RECONNUS PAR LA MDPH
FICHE D'INSCRIPTION aux EPREUVES OBLIGATOIRE ET FACULTATIVE D'EPS AMENAGEES - Session 2020
A RENVoyer AU RECTORAT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION A L'EXAMEN (date limite le 29/11/2019)

DEPT 09 12 31 32 46 65 81 82 Sportif Haut Niveau (à transmettre avec la fiche SHN)

<input type="checkbox"/> BAC GENERAL	<input type="checkbox"/> BAC TECHNOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> BAC PROFESSIONNEL	<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> BEP
Série :	Série :	Spécialité :		

INFORMATIONS CANDIDAT

MADAME MONSIEUR NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
 ETABLISSEMENT ET/OU VILLE
 TELEPHONE OBLIGATOIRE CANDIDAT/...../..... PARENTS/...../...../...../.....

CONDITIONS D'INSCRIPTION
Candidats concernés : Candidats individuels et/ou sportifs de haut niveau (SHN) reconnus, par la MDPH, en situation de handicap moteur, déficience visuelle ou autres types de handicap.
 L'épreuve d'EPS est une épreuve obligatoire pour tous les examens. Aussi, tous les candidats cités ci-dessus qui ne peuvent pas présenter les activités obligatoires classiques doivent renvoyer cette fiche qui tient lieu de certificat médical.
 L'original de ce document est à transmettre **dès l'inscription** par voie postale au Rectorat, service de la DEC3-EPS (CS 87703 31077 TOULOUSE Cedex 4). *Conserver un double de tous les documents d'inscription.*
Aucun certificat médical établi à une date postérieure à celle de l'examen ne pourra être pris en compte.
*Pour rappel : Toute absence sans justificatif (médical ou force majeure) :
 Bac général et technologique = zéro || Bac professionnel, CAP, BEP = absent = pas d'obtention du diplôme*

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN

Recommandations :
 Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins. L'examen médical permettant de délivrer ce certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (art.R4127-69 du code la santé publique).
 Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité pour le candidat de se présenter aux épreuves aménagées académiques, à choisir et cocher l'activité que le candidat est capable de réaliser ou, en cas d'impossibilité pour le candidat de pratiquer les activités académiques proposées, à le déclarer inapte total.

EPS OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Le candidat ne peut pas réaliser l'un des couples d'activités obligatoires ci-dessous : Badminton en simple/Demi-fond (3x500m) Badminton en simple/ Gymnastique au sol Badminton en simple/Sauvetage Tennis de table en simple/Demi-fond (3x500m) Tennis de table en simple/Gymnastique au sol	Préciser la classification du handicap : (consulter la notice d'accompagnement) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Groupes de handicap Typologie de pratique</th> <th colspan="4">Classification</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout</td> <td><input type="checkbox"/> D1</td> <td><input type="checkbox"/> D2</td> <td><input type="checkbox"/> D3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>En fauteuil</td> <td><input type="checkbox"/> F1</td> <td><input type="checkbox"/> F2</td> <td><input type="checkbox"/> F3</td> <td><input type="checkbox"/> FE</td> </tr> <tr> <td>Dans l'eau</td> <td><input type="checkbox"/> G1</td> <td><input type="checkbox"/> G2</td> <td><input type="checkbox"/> G3</td> <td><input type="checkbox"/> G4</td> </tr> <tr> <td>Déficience visuelle</td> <td><input type="checkbox"/> DV1</td> <td><input type="checkbox"/> DV2</td> <td><input type="checkbox"/> DV3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser) :</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>	Groupes de handicap Typologie de pratique	Classification				Debout	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3		En fauteuil	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3	<input type="checkbox"/> FE	Dans l'eau	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> DV1	<input type="checkbox"/> DV2	<input type="checkbox"/> DV3		Autre (à préciser) :				
	Groupes de handicap Typologie de pratique	Classification																														
	Debout	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3																												
En fauteuil	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3	<input type="checkbox"/> FE																												
Dans l'eau	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4																												
Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> DV1	<input type="checkbox"/> DV2	<input type="checkbox"/> DV3																													
Autre (à préciser) :																																
Je soussigné(e) _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève _____, né(e) le _____ inscrit(e) à l'examen du _____, à (Ville) _____, et avoir constaté que son état de santé entraîne (cocher la case) : <input type="checkbox"/> UNE INAPTITUDE PARTIELLE (Cf. Circulaire n° 94-137 du 30 mars 1994) Duau inclus <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Choisir l'activité possible (à cocher par le médecin)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Natation (nage de durée)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Danse (chorégraphie individuelle)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lancer de poids (sauf pour les candidats en fauteuils)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lancer de massue (sauf pour les déficients visuels)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Choisir l'activité possible (à cocher par le médecin)		Natation (nage de durée)	<input type="checkbox"/>	Danse (chorégraphie individuelle)	<input type="checkbox"/>	Lancer de poids (sauf pour les candidats en fauteuils)	<input type="checkbox"/>	Lancer de massue (sauf pour les déficients visuels)	<input type="checkbox"/>																						
Choisir l'activité possible (à cocher par le médecin)																																
Natation (nage de durée)	<input type="checkbox"/>																															
Danse (chorégraphie individuelle)	<input type="checkbox"/>																															
Lancer de poids (sauf pour les candidats en fauteuils)	<input type="checkbox"/>																															
Lancer de massue (sauf pour les déficients visuels)	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> UNE INAPTITUDE TOTALE Pour rappel : Seules les incapacités fonctionnelles ne permettant pas à l'intéressé la pratique d'une des activités adaptées proposées ci-dessus au sens de la circulaire n° 94-137 du 30 mars 1994 entraînent une dispense d'épreuve. Du au inclus																																

EPS FACULTATIVE	<input type="checkbox"/> Le candidat souhaite s'inscrire à une épreuve facultative aménagée spécifique aux candidats reconnus par la MDPH CONDITIONS GENERALES POUR L'EPREUVE FACULTATIVE EPS (épreuve proposée uniquement aux candidats du bac général, technologique et professionnel) Pour rappel : La note de l'épreuve facultative d'EPS ne peut être prise en compte qu'à condition que les candidats soient notés à l'épreuve obligatoire d'EPS.			
	<table border="1"> <tr> <td>Tennis de table</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Natation adaptée</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tennis de table	<input type="checkbox"/>	Natation adaptée
Tennis de table	<input type="checkbox"/>			
Natation adaptée	<input type="checkbox"/>			

INFORMATIONS OBLIGATOIRES
 Date : _____ Signature et cachet du médecin _____

Typologie du handicap	Code	Caractéristiques du handicap	Exemples
CANDIDATS HANDICAPES MOTEURS PRATIQUANT DEBOUT	D1	Handicap des membres inférieurs et supérieurs accompagnés de problèmes d'équilibre.	Infirmes moteurs cérébraux (IMC) athétosiques ou spastiques, quadriplégiques, certains poliomyélitiques, troubles cérébelleux...
	D2	Handicap léger des membres inférieurs gênant la course et les prises d'élan et handicap de la partie supérieure Handicap des membres inférieurs et atteinte légère du bras dans la pratique sportive	IMC, spastiques, hémiprélégiques graves, litielles, arthrogryposes, amputés, handicaps asymétriques des membres inférieurs ou supérieurs, traumatisés crâniens.
	D3	Handicap léger des membres inférieurs avec possibilité d'élan et de bons membres supérieurs Bons membres inférieurs mais handicap d'un bras Problèmes de tronc ou handicap fonctionnel avec légère incoordination Déficience respiratoire sévère.	Scoliotiques avec corset, poliomyélitiques légers, hémiprélégiques légers, amputés d'un bras ou tibial appareillé, IMC légers
CANDIDATS HANDICAPES MOTEURS PRATIQUANT EN FAUTEUIL	F1	Peu de capacités motrices des membres supérieurs et inférieurs, peu de préhension des mains et peu d'équilibre du tronc. Déplacements en fauteuil roulant en propulsion manuelle ou podale.	Tétraplégiques, handicapés des membres supérieurs et inférieurs, IMC athétosiques ou spastiques, hémiprélégiques, myopathes, troubles cérébelleux.
	F2	Bonne motricité des membres supérieurs, mais peu d'équilibre du tronc ou Motricité incomplète des membres supérieurs, mais bon équilibre du tronc.	Paraplégiques et poliomyélitiques sans abdominaux (lésions vertébrales de D4 à D10), IMC avec bons membres supérieurs, mais problèmes d'équilibre du tronc, candidats avec corset
	F3	Bonne motricité des membres supérieurs, bon équilibre du tronc en fauteuil.	Paraplégiques et poliomyélitiques avec de bons abdominaux (lésion vertébrale D11 et moins), IMC avec de bons abdominaux et membres supérieurs, amputés des membres inférieurs pratiquant en fauteuil roulant.
	FE	Candidat utilisant habituellement le fauteuil électrique comme mode de déplacement	
CANDIDATS HANDICAPES MOTEURS PRATIQUANT DANS L'EAU	G1	Atteinte au niveau de 3 ou 4 membres et du tronc, se déplacent obligatoirement en fauteuil roulant Amputations sévères au niveau des 4 membres (au-dessus des coudes et des genoux).	
	G2	Atteinte de 2 membres et du tronc, se déplacent avec 2 cannes avec difficulté Marchant sans canne avec atteinte motrice sévère des 4 membres (coordination neuro motrice défectueuse) Amputations sévères au niveau de 3 membres (au-dessus des coudes et des genoux) ou de l'extrémité des 4 membres (entre cheville et genoux et entre poignet et coude).	
	G3	Atteinte des membres inférieurs exclusivement, se déplacent en fauteuil roulant Se déplaçant aisément avec 1 ou 2 cannes Marchant avec une atteinte motrice (coordination neuro motrice défectueuse) de 2 membres d'un seul côté Amputation totale ou partielle (minimum poignet ou cheville) au niveau de 2 membres	
	G4	Marchant sans canne avec atteinte motrice au niveau de 1 ou 2 membres inférieurs Marchant sans canne avec atteinte motrice légère des 4 membres (coordination neuro motrice défectueuse) Amputation au niveau d'un seul membre (minimum poignet ou cheville).	
CANDIDATS DEFICIENTS VISUELS	DV1	Non-voyant : Acuité visuelle AV=0	
	DV2	Mal-voyant : AV < 1/50	
	DV3	Mal-voyant : 1/10 ≥ AV > 1/50	