

CERTIFICAT MEDICAL

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

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 :

Examen : BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
 BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
 BACCALAUREAT GÉNÉRAL
 CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
 BREVET D'ÉTUDES PROFESSIONNELLES

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

- **PARTIELLE, TOTALE(1)** 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

1) rayer la mention inutile