



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE
MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Baccalauréat général Certificat médical d'inaptitude à la pratique des activités physiques et sportives



Je, soussigné(e), docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

.....

certifie avoir examiné, en application du Décret n° 88-977 du 11 octobre 1988,

NOM - prénoms :

né(e) le :

et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive

totale pour la session du baccalauréat

ou

partielle du au

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement et des épreuves aux possibilités du candidat, préciser, en termes d'incapacités fonctionnelles, si l'inaptitude est liée :

à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture, etc.) :

.....
.....

à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire, etc.) :

.....
.....

à la capacité de l'effort (intensité, durée, etc.) :

.....
.....

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc.) :

.....
.....

autres :

.....
.....

Date (obligatoire), signature et cachet du médecin :