

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Académie de Grenoble

La circulaire n° 2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. Pour rappel de **nombreuses épreuves adaptées existent pour pallier une aptitude partielle ou un handicap.**

**Je, soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_**

**et avoir constaté que son état de santé entraîne :**

Ci-après, cocher et compléter les champs adéquats. **Remplir le plus précisément possible ce certificat il permettra aux enseignants de pouvoir proposer**, pour pallier une aptitude partielle ou un handicap selon les capacités citées, **une des épreuves adaptées existantes** (exemples : autre activité, augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, ...) **ou une activité de substitution.**

## Une APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.

*Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.*

### 1. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

– FONCTIONS :

marcher /  courir /  sauter /  mettre la tête en bas /  lancer /  lever /  porter

Précisions : \_\_\_\_\_

– TYPES D'EFFORTS :

intense et bref     prolongé (durée limitée à : \_\_\_\_\_)

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe :  d'essoufflement /  de fatigue /  de douleur

Précisions : \_\_\_\_\_

– CONTEXTES PARTICULIERS :

milieu aquatique /  altitude /  en élévation /  autre

Précisions : \_\_\_\_\_

– AUTRE(S) AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)

Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

Activités physiques permettant un allègement du corps :  natation  vélo  autre(s) \_\_\_\_\_

Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (*les citer*) : \_\_\_\_\_

Adaptations pour la gestion  du temps,  de l'espace,  des interactions sociales,  des consignes

Adaptations pour troubles de  l'équilibre,  la coordination,  la concentration,  autre(s) \_\_\_\_\_

Précisions : \_\_\_\_\_

Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées : \_\_\_\_\_

### 2. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de pratique physique possible :

aider pour l'arbitrage /  juger /  observer /  aider pour organiser /  autre(s) \_\_\_\_\_

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres :  \_\_\_\_\_

## Une INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.

*En cas de non production d'un nouveau certificat, à l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S. Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude est prononcée pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés.*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature :

*Tout ajout, surcharge, ou rature ainsi que l'absence du tampon et de la signature identifiant clairement le médecin prescripteur rendra ce **certificat irrecevable**.  
Le certificat médical est à **transmettre dans les 48h** qui suivent sa prescription.*

Remis ou reçu le \_\_\_\_\_ de la part de (Nom, prénom, lien avec l'élève) \_\_\_\_\_

*Le réceptionnaire doit vérifier la conformité du certificat et le refuser s'il est incomplet ou irrecevable*

**Médecin de l'éducation nationale**  
*si inaptitudes cumulées supérieures à 3 mois*  
Date : \_\_\_\_\_  
Visa : \_\_\_\_\_

**Professeur d'E.P.S.**  
Nom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Visa : \_\_\_\_\_

**Chef d'établissement**  
Nom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Visa : \_\_\_\_\_