

1. Je, soussigné (e)
 Docteur en médecine, certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988 examiné l'élève
 né(e) le
 scolarisé(e) au ¹....., en classe de ²....., et constaté, ce jour, que
 son état de santé entraîne **une inaptitude partielle d'une durée de**

Cette inaptitude est liée aux **incapacités fonctionnelles**

- ✓ à des types de mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...) :

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

- ✓ à la capacité à l'effort (intensité, durée...) :

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

2. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités proposées en classe de :.....
 au **lycée Marguerite de Flandre**..... → **Cocher toutes les activités autorisées :**

Activités	Autorisées
DEMI-FOND	
COURSE D'ORIENTATION	
ESCALADE	
ACROSPORT	
SPORTS COLLECTIFS	
MUSCULATION	
STEP	

3. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités **adaptées ou aménagées** proposées en classe de :au lycée Marguerite de Flandre... → **Cocher toutes les activités autorisées :**

Activités	Autorisées*	*Précisez les adaptations préconisées (ex : aide matérielle, durée ou intensité de l'effort...)
DEMI-FOND		
COURSE D'ORIENTATION		
ESCALADE		
ACROSPORT		
SPORTS COLLECTIFS		
MUSCULATION		
STEP		

4. Cette inaptitude ne permet la pratique d'aucune activité proposée en classe de : au lycée Marguerite de Flandre

L'élève présente donc une **INAPTITUDE TOTALE** d'une durée de

5.

DATE :

CACHET et SIGNATURE du Médecin :

6. S'IL S'AGIT D'UNE EVALUATION CERTIFICATIVE (Diplôme National du Baccalauréat)

Compte tenu des informations précédentes et des textes régissant les épreuves adaptées ou aménagées d'EPS aux examens, il est convenu que l'élèvesera évalué (e) par M, Mmesur le groupement d'activités suivant :

① ② ③

Date :

Le Professeur d'EPS :

L'élève :

Le médecin :

Coordonnées de l'établissement :

Coordonnées de l'enseignant d'EPS :