



Lycée Maximilien Perret  
Alfortville

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A  
LA PRATIQUE DE L'EDUCATION  
PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en médecine.....

Lieu d'exercice.....

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom .....Prénom .....Classe : .....

Né (e) le .....

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

- **Une INAPTITUDE PARTIELLE** du ..... au ..... inclus
- **Une INAPTITUDE TOTALE** du ..... au ..... inclus

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser :

	Inapte	Intensité		Durée	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter/ Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Précisions**

*permettant au professeur d'adapter les situations d'apprentissage*

Date :

Signature et cachet du médecin :