

CERTIFICAT D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE EN EPS

(en référence à l'arrêté du 13 septembre 1989)

Pour favoriser la santé de l'élève, il convient de préserver absolument l'activité physique même en présence de restrictions médicales.

Je soussigné(e), _____ Docteur en Médecine,

certifie avoir étudié la situation de l'élève (nom, prénom) _____

Né(e) le : _____ Établissement scolaire : _____ classe :

Et avoir constaté que son état de santé entraîne une inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive.

Pour une durée de à compter de ce jour.

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet élève au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité.

Précisions et recommandations :

Aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations suivantes :

chevilles genoux hanches épaules rachis autre :

Il est préférable d'encourager les activités en décharge : vélo, natation, marche...

La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

Aménager l'intensité et la durée de l'effort en raison d'une pathologie connue :

risque d'essoufflement

risque de malaise

fatigue chronique importante et/ou faiblesse musculaire

autre :

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

L'élève et/ou sa famille sont encouragés à partager avec le professeur et/ou le personnel de santé scolaire toute information utile liée à la pathologie existante et aux particularités de sa situation.

Le médecin peut préciser ci-après toute information utile pour guider l'enseignant vers la meilleure adaptation possible de la pratique en EPS.

INAPTITUDE TOTALE (si aucune activité physique n'est possible)

Cachet du médecin

Date : _____ Signature :