

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE À LA PRATIQUE
DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

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

Lieu d'exercice.....

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

Nom et Prénom:

Né(e) lescolarisé en classe de

Au lycée

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

une **INAPTITUDE PARTIELLE** du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE TOTALE** du.....au.....inclus.

ACTIVITES PROPOSEES	AVIS FAVORABLE	AVIS DEFAVORABLE	OBSERVATIONS (contre-indications en termes d'incapacités fonctionnelles)
Demi-Fond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tennis de table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Danse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTIVITES AMENAGEES PROPOSEES	AVIS FAVORABLE	AVIS DEFAVORABLE	OBSERVATIONS (contre-indications en termes d'incapacités fonctionnelles)
Natation 250 mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
800 mètres marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date, signature et cachet du médecin