

CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussignédocteur en médecine,

Lieu d'exercice :certifie avoir examiné l'élève :

NOM, prénom :

Né(e) le :

Examen :

- BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
- BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
- BACCALAUREAT GENERAL
- BREVET METIERS D'ART
- CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne

- Une INAPTITUDE PARTIELLE du _____ au _____ limitant sa pratique des activités suivantes :

.....
Types d'adaptations possible en fonction de l'activité :

- Une INAPTITUDE TOTALE du _____ au _____ et ne lui permet pas de pratiquer d'activités physiques.

Le certificat doit être déposé au plus tard le jour de l'épreuve d'EPS du baccalauréat.

Date, signature et cachet du médecin

Doit être déposé au plus tard le jour de l'épreuve d'EPS.