

**Certificat Médical d'Inaptitude
 à la pratique de l'Éducation Physique et Sportive (1)
 - EVALUATION C.C.F.-**

Je soussigné(e),.....

Docteur en médecine à :certifie avoir examiné :

Nom : **Prénom** :

né(e)leClasse :.....

Établissement scolaire : *Lycée Saint Joseph - 26,30 Route de Calais – 62280 Saint Martin Boulogne*

Candidat : 1° Bac Pro : **B.E.P.** () **BAC Professionnel** () **BAC Général et technologique** ()

Spécialité..... et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

UNE INAPTITUDE **PARTIELLE** * **TOTALE** *

du :/...../ 201 au :/...../ 201.....**(2)**

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, **préciser en termes d'incapacités fonctionnelles**, si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (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, milieu aquatique, conditions Atmosphériques...).
- autres

Cette année scolaire 2016/2017, il est proposé aux élèves présentant une **inaptitude partielle annuelle** l'ensemble d'épreuves suivant : **Tennis de Table – Tir à l'arc**. Ces activités sont-elles praticables compte tenu des incapacités fonctionnelles de l'élève ?

OUI * **NON** *

Signature et cachet du médecin Fait à.....le...../...../ 201.....

1) Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire dont le nom pourra leur être communiqué par le chef d'établissement.
 2) En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S.
 * Barrer la mention inutile