



ACADÉMIE DE MONTPELLIER

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné, Docteur 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
- CERTIFICATION D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
- BREVET D'ETUDES PROFESSIONNELLES

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE (1) :

TOTALE du..... Au

ou

PARTIELLE du..... Au

En cas d'inaptitude partielle, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- à des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (l'intensité, durée...)
- autre(s)

Date, signature et cachet du médecin

(1) Rayer la mention inutile