



# 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