

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Académie de Grenoble

La circulaire n° 2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. Pour rappel de nombreuses épreuves adaptées existent pour pallier une aptitude partielle ou un handicap.

Je, soussigné _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève _____, né(e) le _____

et avoir constaté que son état de santé entraîne :

Ci-après, cocher et compléter les champs adéquats. Remplir le plus précisément possible ce certificat il permettra aux enseignants de pouvoir proposer, pour pallier une aptitude partielle ou un handicap selon les capacités citées, une des épreuves adaptées existantes (exemples : autre activité, augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, ...) ou une activité de substitution.

☐ Une APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du _____ au _____ inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

1. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

– FONCTIONS :

☐ marcher / ☐ courir / ☐ sauter / ☐ mettre la tête en bas / ☐ lancer / ☐ lever / ☐ porter

Précisions : _____

– TYPES D'EFFORTS :

☐ intense et bref ☐ prolongé (durée limitée à : _____)

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe : ☐ d'essoufflement / ☐ de fatigue / ☐ de douleur

Précisions : _____

– CONTEXTES PARTICULIERS :

☐ milieu aquatique / ☐ altitude / ☐ en élévation / ☐ autre

Précisions : _____

– AUTRE(S) AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)

☐ Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

☐ Activités physiques permettant un allègement du corps : ☐ natation ☐ vélo ☐ autre(s) _____

☐ Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

☐ Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) : _____

Adaptations pour la gestion ☐ du temps, ☐ de l'espace, ☐ des interactions sociales, ☐ des consignes

Adaptations pour troubles de ☐ l'équilibre, ☐ la coordination, ☐ la concentration, ☐ autre(s) _____

Précisions : _____

Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées : _____

2. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de pratique physique possible :

☐ aider pour l'arbitrage / ☐ juger / ☐ observer / ☐ aider pour organiser / ☐ autre(s) _____

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres : ☐ _____

☐ Une INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

Du _____ au _____ inclus.

En cas de non production d'un nouveau certificat, à l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S. Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude est prononcée pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés.

Fait à _____, le _____ Cachet et signature :

Tout ajout, surcharge, ou rature ainsi que l'absence du tampon et de la signature identifiant clairement le médecin prescripteur rendra ce **certificat irrecevable**.
Le certificat médical est à **transmettre dans les 48h** qui suivent sa prescription.

Remis ou reçu le _____ de la part de (Nom, prénom, lien avec l'élève) _____

Le réceptionnaire doit vérifier la conformité du certificat et le refuser s'il est incomplet ou irrecevable

Médecin de l'éducation nationale
si inaptitudes cumulées supérieures à 3 mois
Date : _____
Visa : _____

Professeur d'E.P.S.
Nom : _____
Date : _____
Visa : _____

Chef d'établissement
Nom : _____
Date : _____
Visa : _____