



**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Ce document sera remis **en main propre par l'élève** concerné à  
son professeur d'éducation physique et sportive

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE  
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE <sup>1</sup>**

**Je, soussigné(e), .....docteur en médecine  
exerçant à ..... certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du  
11 octobre 1988, examiné**

**Le candidat ..... Classe :.....**

**Etablissement : ..... Commune : .....  
né(e) le.....**

**et constaté ce jour que son état de santé entraîne**

**Une INAPTITUDE PARTIELLE (pourra pratiquer une activité adaptée)**

**du ..... au .....**

**Dans ce cas, 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 ...) :**  
.....
- **des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :**  
.....
- **la capacité à l'effort (intensité, durée...) :**  
.....
- **des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu  
aquatique, conditions atmosphériques...) :**  
.....
- **etc.**  
.....

**Une INAPTITUDE TOTALE<sup>2</sup>**

**Du ..... au ..... <sup>3</sup>**

**Fait à ..... le .....**

**Signature et cachet du médecin :**

<sup>1</sup> Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

<sup>2</sup> En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

<sup>3</sup> En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.