

## CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné,.....docteur en médecine,

Lieu d'exercice : .....certifie avoir, en application  
du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève :

NOM, prénom : .....

Né(e) le : .....

- Examen :  BACCALAUREAT PROFESSIONNEL  
 BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE  
 BACCALAUREAT GENERAL  
 CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE  
 BREVET D'ETUDES PROFESSIONNELLES

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

- **PARTIELLE, TOTALE(1)** 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 (intensité, durée.....)
- autre(s) :

**Date, signature et cachet du médecin**

1) rayer la mention inutile