

Année scolaire 2017 / 2018 – Collège TURENNE - SEDAN

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 ..... Etablissement : Collège TURENNE SEDAN Classe : ..... et

constaté ce jour que son état entraîne :

une INAPTITUDE **TOTALE** du ..... au .....

une INAPTITUDE **PARTIELLE** du ..... au .....

**Dans le cas d'une inaptitude partielle, préciser ci-dessous, à l'attention des enseignants d'E.P.S. :**

❖ les activités physiques et sportives **autorisées sans adaptation**

Course d'orientation	Natation sportive
Acrosport	Lutte
Arts du cirque	Basket-ball
Badminton	Demi-fond / Endurance
Football	Futsal
Volley ball	Tennis de table
Lancer de vortex	Sprint
Saut en longueur	Sports collectifs

❖ en termes d'incapacités fonctionnelles (dans le respect du secret médical), pour permettre une éventuelle adaptation de l'enseignement, **la nature de la contre-indication** :

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 ...) .....

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques ...) .....

autres : .....

Date, signature et **cachet du médecin**

A ....., le .....