

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), Dr....., docteur en médecine,
Lieu d'exercice :
certifie avoir, examiné l'enfant (nom, prénom) :
..... né(e) le :
et constaté que son état de santé entraîne : *Merci de cocher la case correspondante :*

UNE APTITUDE TOTALE OU PARTIELLE

A la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tennis | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre |
| <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Vélo |
| <input type="checkbox"/> Multisports | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) |

A la pratique de l'EPS à l'école

Afin de s'adapter aux possibilités de l'enfant, il est nécessaire :

♦ **D'aménager les activités qui sollicitent les articulations** et en particulier les articulations suivantes :

- Chevilles Genou Hanche Epaule Rachis Autre

- La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

♦ **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires.**

Il est préférable :

- de privilégier les activités d'intensité modérée,
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire,
- d'adapter son temps de récupération.

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

♦ **Autres recommandations** (à préciser) :

.....
.....
.....

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet enfant au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS, et à des activités physiques et sportives. Il est donc important de faciliter l'intégration dans le groupe et de valoriser sa participation en toutes circonstances.

UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE

Pour une durée de à compter de ce jour.

Date, Cachet et signature du médecin :