

**CERTIFICAT MEDICALE D'APTITUDE  
A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES  
ET SPORTIVES**

**Valable 2 ans**

Je soussigné(e), Dr .....,  
Lieu d'exercice, ....., certifie avoir examiné l'enfant (nom, prénom) :  
.....né(e) le : .....  
et constaté que son état de santé entraîne :

**Merci de cocher les cases correspondantes :**

**UNE APTITUDE** : à la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

	TOTALE	PARTIELLE	Précisions éventuelles :
Tennis			
Natation			
Multisport			
Randonnée Pédestre			
Vélo			
Danse			
EPS à l'école			
Autre :			
Autre :			

**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 :**