

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

Je soussigné(e), Dr....., 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 : .....  
et constaté que son état de santé entraîne : **Merci de cocher la case correspondante :**

## UNE APTITUDE TOTALE

### UNE APTITUDE PARTIELLE

pour l'année scolaire en cours.

pour une durée de ..... à compter de ce jour.

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

- Ainsi, il est préférable d'encourager les activités en décharge : vélo, natation, marche.

- 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 élève 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.

A la pratique de l'activité physique et sportive suivante : .....

A la pratique de l'EPS à l'école

**Date, Cachet et signature du médecin :**

Attestation du  
**médecin de l'éducation nationale**  
(pour les inaptitudes cumulées de plus  
de 3 mois) FACULTATIF

Nom et Visa  
**professeur d'EPS** ou **professeur des  
écoles** ou **éducateur sportif**

Nom et Visa  
**chef d'établissement** ou **directeur d'école**  
FACULTATIF