



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DU L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



## CERTIFICAT MEDICAL

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

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

Lieu d'exercice : ..... certifie avoir examiné l'élève :

NOM, prénom : .....

Né(e) le : .....

**Examen :**

- BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
- BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
- BACCALAUREAT GENERAL
- BREVET METIERS D'ART
- CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
- BREVET D'ETUDES PROFESSIONNELLES

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE (1):

TOTALE du.....au.....

Ou

PARTIELLE 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