

# Certificat médical face à la pratique de l'éducation physique et sportive

**Les enseignants d'EPS** du lycée Colomb de Sucy en Brie, **proposent à tout élève présentant une inaptitude** face à la pratique de l'EPS obligatoire, **une épreuve d'EPS adaptée aux possibilités physiques de chacun d'entre eux**, et ceci dans un souci d'égalité, d'équité et d'accessibilité à un minimum de pratique physique et au passage d'une épreuve obligatoire à leur examen final, le Bac.

---

Je soussigné Docteur en médecine . . . . .

Lieu d'exercice : . . . . .

Certifie avoir, en application du décret n° 88-977 di 11 octobre 1988

Examiné l'élève ( Nom – Prénom ) : . . . . .

Né ( e ) le : . . . . .

■ Ai constaté ce jour que son état de santé entraîne **une inaptitude**

## **PARTIELLE**

**Du : . . . . . au : . . . . .**

Dans le respect du secret médical, nous vous demandons de bien vouloir nous aider et **nous donner de plus amples précisions** sur les types de **mouvements autorisés** et les contres indications **face aux sports adaptés** que nous lui proposons.

Avec nos remerciements

Les professeurs d'EPS.

---

*Merci de bien vouloir cocher les fonctions qui peuvent être pratiquées*

### **Types de mouvements :**

- courir
- Sauter
- Lancer
- S'accroupir
- Déplacements latéraux
- Lever-Porter
- Rotations
- S'étirer
- Se tonifier
- Se relaxer
- Amplitude

### **Les activités proposées en EPS adaptée :**

- Marche
- Musculation adaptée haut ou/et bas du corps )
- Tirs de précision (changement hauteur, longueur, engin,..)
- Badminton de précision ( évitant les déplacements )
- Tennis de table de précision(évitant les déplacements )
- Gymnastique rythmique( avec ruban ou balles )
- Expression corporelle
- Jonglage
- Fléchettes
- Sarbacane

Recommandations complémentaires éventuellement à l'intention du professeur d'EPS :

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

---

■ Ai constaté ce jour que son état de santé, ne permet **aucune adaptation possible** dans une ou plusieurs activités **ce qui entraîne une inaptitude TOTALE**

**Du . . . . . au . . . . .**

Date et signature du médecin :