

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE**  
**A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**  
*Lycée La Fontaine Niamey*

La circulaire n° 2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé(e) une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve.

Le certificat est à transmettre dans les 48h qui suivent sa prescription.

Je, soussigné(e).....docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

l'élève ..... né(e) le .....en classe de..... et avoir

constaté que son état de santé entraîne :

**UNE APTITUDE PARTIELLE à la pratique physique du.....au .....inclus**

Indiquer ce que l'élève **PEUT FAIRE** dans le cadre d'une pratique physique:

\*Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un enseignement adapté (augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu...), favorisant ainsi l'intégration de l'élève dans le groupe et valorisant sa participation à l'EPS en toutes circonstances.

Marcher     Courir     Se renverser     Sauter     Porter     Lever     Lancer

Mobiliser les parties du corps suivantes :  Bras     Dos     Tête     Jambes

Précisions : .....

.

Faire des efforts :

brefs et intenses     modérés (durée limitée à.....)     de faible intensité

Arrêt ponctuel de l'activité au signe  d'essoufflement     de fatigue     de douleur

Précisions : .....

Indiquer d'autres aménagements souhaitables:

**UNE INAPTITUDE TOTALE à la pratique physique du.....au.....inclus**

A l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'EPS.

Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en absence de pratique physique possible :

arbitrer     juger     observer     aider à l'organisation     autre(s) : .....

Fait à .....Le.....

Visa de l'enseignant

Nom :

Date :

Renseignements insuffisants, demande d'informations complémentaires

Signature :

Cachet et signature du médecin