ACADÉMIE DE GRENOBLE
Liberté Égalité Fraternité

Session d'examens 2024

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Les circulaires n° 2019-129 du 26-9-19, du 29-12-20 et du 17-7-20 rappellent que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. **De nombreuses épreuves adaptées existent pour pallier une inaptitude partielle ou un handicap.**

Je soussigné … , **docteur en médecine,** certifie avoir examiné ce jour **l'élève** …., **né(e) le** … … … … … … **inscrit à l'examen du**

☐ CAP[(1)] ☐ Bac Professionnel[(1)] ☐ Bac Général ☐ Bac Technologique, et avoir constaté que son état de santé entraîne :

*[(1)] Pour un candidat inscrit au CAP ou **au** Bac Pro : la cohérence entre aptitude professionnelle et aptitude à la pratique physique en EPS doit être respectée.*

Ci-après, cocher et compléter les champs adéquats. **Remplir le plus précisément possible ce certificat il permettra** aux enseignants d'EPS **de pouvoir proposer**, pour pallier une aptitude partielle ou un handicap selon les capacités citées, **une des épreuves adaptées existantes** (exemples : autre activité, augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, …) **ou une activité de substitution.**

☐ UNE APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du … … … … … … … … … … … … … … . au … … … … … … … … … … … … .. inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

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

– FONCTIONS : ☐ marcher / ☐ courir / ☐ sauter / ☐ lancer / ☐ lever / ☐ porter
Précisions : …

– TYPES D'EFFORTS : ☐ intense et bref ☐ prolongé (durée limitée à : … … … … … … … .)
Arrêt ponctuel de l'activité dès signe : ☐ d'essoufflement / ☐ de fatigue / ☐ de douleur
Précisions : …

– CONTEXTES PARTICULIERS : ☐ milieu aquatique / ☐ altitude / ☐en hauteur / ☐ autre
Précisions : …

– AUTRE(S) AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)
☐ Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec, …)
☐ Activités physiques permettant un allègement du corps : ☐ natation ☐ vélo ☐ autre(s) … … … … … … … … … … … … … … … …
☐ Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe
☐ Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (*les citer*) : …
Adaptations pour la gestion ☐ du temps, ☐ de l'espace, ☐ des interactions sociales, ☐ des consignes
Adaptations pour troubles de ☐ l'équilibre, ☐ la coordination, ☐ la concentration, ☐ autre(s) … … … … … … … … … … … … … … …
Précisions : …

Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées : …

2. *Indiquer ce que* **l'élève PEUT FAIRE en l'absence de pratique physique possible :**
☐ aider pour l'arbitrage / ☐ juger / ☐ observer / ☐ aider pour organiser / ☐ autre(s) ……………………………………………………

Nombre de cases cochées en chiffre : ☐ *et en lettres :* …

☐ UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

Du … … … … … … … … … … … … … … au … … … … … … … … … … … … .. inclus.

En cas de non production d'un nouveau certificat, à l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S. Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude est prononcée pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés.

Fait à … … … … … … … … … … … … … … . , **le** … … … … … … … … … … … … … … . **Cachet et signature médecin prescripteur**

*Tout ajout, surcharge, ou rature ainsi que l'absence du tampon et de la signature identifiant clairement le médecin prescripteur rendra ce **certificat irrecevable**. Le certificat médical est **à transmettre dans les 48h** qui suivent sa prescription, à l'établissement pour le candidat scolarisé, à la DEC pour le candidat non scolarisé.*

Partie réservée à l'administration

Remis ou reçu le … … … … … … … … … … … … de la part de …

Le réceptionnaire doit vérifier la conformité du certificat et le refuser s'il est incomplet ou irrecevable (Nom, prénom, lien avec l'élève)

Médecin de l'éducation nationale	Professeur d'E.P.S.	Chef d'établissement
si inaptitudes cumulées supérieures à 3 mois	Nom :	Nom :
Date :	Date :	Date :
Visa :	Visa :	Visa :