

LYCÉE PROFESSIONNEL PRIVÉ DES MONTS DU LYONNAIS

9 RUE DE MONTBRISON – 42140 CHAZELLES/LYON

Ce certificat doit être remis en main propre par l'élève à son professeur d'EPS

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE**

Je soussigné(e), docteur en médecine exerçant à

certifie avoir, en application du **décret n° 88-977 du 11 octobre 1988**, examiné

L'ÉLÈVE CLASSE :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

ÉTABLISSEMENT : **LPP DES MONTS DU LYONNAIS**

VILLE : **42140 CHAZELLES/LYON**

et constaté ce jour que état de santé entraîne une

INAPTITUDE PARTIELLE (*)

du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture) :

.....
- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :

.....
- la capacité à l'effort (intensité, durée, ...) :

.....
- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, ...) :

.....
- des fragilités d'une ou plusieurs parties du corps :

.....
- une déficience visuelle, auditive, ... etc. :

Ou au cas échéant, je prononce une INAPTITUDE TOTALE (*)

du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin :

(*) *Rayer la mention inutile*