

**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*