

**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 ET SPORTIVE ¹**

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**
et constaté ce jour que l'état de santé entraîne

VILLE : **42140 CHAZELLES/LYON**

une **INAPTITUDE PARTIELLE**

Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Dans ce cas, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en terme d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

- 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. :
.....

une **INAPTITUDE TOTALE ²**

Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ ³

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin :

¹ Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieur à trois mois.

² En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

³ En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS