

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE SPORTIVE OU ARTISTIQUE

Je, soussigné(e), Docteur en Médecine :.....**exerçant à**.....
certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné :

Nom :..... **Prénom :**.....
Né(e) le :..... et constaté ce jour que son état de santé entraîne

une inaptitude partielle

du.....**au**..... **(3)**

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'étudiant-e,
préciser en termes d'incapacités fonctionnelles, ce que l'étudiant ne peut pas faire, ainsi que
les types d'efforts déconseillés.

Limitations dues à :

- Des fragilités, traumatismes... (localisation)

.....

- Des Types de situations (activités aquatiques, conditions climatiques, en hauteur...)

.....

- Autres limitations générales (atteinte diffuse, postures, intensité et/ou durée d'effort...)

.....

*Dans le cas où il n'y a **aucune capacité fonctionnelle***

Je prononce l'**inaptitude totale**

Fait à **le**

Signature et cachet du médecin :

Ce document sera montré **par l'étudiant-e** aux enseignants concernés au premier cours après la date inscrite ci-dessus.

Attention ce certificat ne dispense pas de la présence en cours.