*Rappel : En formation, l’activité physique, sportive ou artistique peut être aménagée.*

**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.*