



S/couvert de l'Inspection Académique  
Promotion de la Santé en Faveur des Elèves.

⇒ **REEMPLIR OBLIGATOIREMENT CET IMPRIME**

## CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin traitant et à remettre aux professeurs d'Education Physique et Sportive afin que ceux-ci aménagent les activités physiques et sportives proposées dans le cadre des cours d'EPS, en fonction des possibilités de l'élève cité ci-dessous.

Je, soussigné(e) Docteur :  
Certifie que l'état de santé de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : Institution Saint Grégoire- 3 place Choiseul - 37100 TOURS

- est apte à la pratique de l'EPS et du sport en compétition (rayer la mention inutile)  
 entraîne une inaptitude
- totale pour l'année scolaire 2017/2018
  - temporaire de     /     /     à     /     /

Afin de permettre au professeur d'EPS d'adapter son enseignement aux possibilités de ce patient et de prendre toutes les dispositions relatives à la nature et au degré de sa participation lors de la notation, je précise (préciser le type d'inaptitude si partielle) :

1. D'éviter :
2. Activités physiques souhaitables :
3. Aménagements souhaités :

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet