

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

BACCALAUREAT SESSION 2019

Je soussigné (e), Docteur en médecine,

Lieu d'exercice.....

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom et Prénom

Né (e) le..... En classe de :

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

Une INAPTITUDE TOTALE du au inclus,

dans la ou les activité(s)sportive suivante :

-
-
-

Préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

DES TYPES DE MOUVEMENTS (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....

DES TYPES D'EFFORTS (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....

LA CAPACITE DE L'EFFORT (intensité, durée)

.....

AUTRES

.....

Date, signature et cachet du médecin :

--