ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté Égalité Fraternité

LYCÉE JEAN VILAR

Lycée 3 Numérique

CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), ……, docteur en médecine,
Lieu d'exercice :……certifie avoir examiné l'élève :
NOM, prénom :……
Né(e) le :……..
En classe de : …….
Examen :
☐ BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
☐ BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
☐ BACCALAUREAT GENERAL

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne

 Une INAPTITUDE PARTIELLE du …… / …… / …… au …… / ……. / …… limitant sa pratique des activités suivantes :

……
Types d'adaptations possibles en fonction de l'activité :
……
……

 Une INAPTITUDE TOTALE du …... / …... / …... au …... / …... / …... et ne lui permet pas de pratiquer d'activités physiques.

Date, signature et cachet du médecin