ACADÉMIE DE NICE
Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE À LA PRATIQUE DE L'EPS

Candidats individuels – Évaluation ponctuelle d'EPS Académie de Nice

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom et prénom : .....
Date de naissance : ..... Examen : .....
Session : .....

2. CONSTAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine .....,
certifie avoir examiné le/la candidat(e) désigné(e) ci-dessus et constate ce jour que son état de santé entraîne :

Type d'inaptitude :	☐ Partielle permanente	☐ Totale

3. AVIS MÉDICAL POUR LES ÉPREUVES AMÉNAGÉES

Au regard de l'état de santé du/de la candidat(e), préciser pour chaque activité si elle paraît médicalement envisageable. Indiquer les limitations fonctionnelles ou précautions nécessaires, sans mentionner le diagnostic médical.

Activité proposée	Avis favorable à la pratique	Avis défavorable à la pratique	Observations (contre-indications en termes d'incapacités fonctionnelles)
Marche adaptée	☐	☐	
Danse adaptée	☐	☐	
Tennis de table adapté	☐	☐	

Si aucune de ces épreuves ne peut être envisagée, votre médecin devra conclure à une inaptitude totale.

CANDIDATS INAPTES PARTIELS PRESENTANT DES EPREUVES AMENAGEES :
Les candidats qui seront déclarés inaptes partiellement par leur médecin traitant sélectionneront une seule des trois activités de la liste ci-dessus.

4. DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN

Certificat établi le : ..... À : .....

Signature et cachet du médecin :

Important : ce certificat décrit les limitations médicales du candidat. Il ne vaut pas, à lui seul, décision d'aménagement de l'épreuve ; les modalités applicables relèvent de l'autorité académique compétente.