

Certificat médical EPS Session 2027

☐ **Examen - Ponctuel Terminal**

☐ **Examen - Contrôle en Cours de Formation (CCF)**

Pour une demande d'épreuve adaptée ou une inaptitude totale.

À remplir par le médecin

Je soussigné(e), Dr
exerçant à, certifie avoir examiné le candidat identifié ci-dessous :

Nom : Prénom : Né(e) le : / /

Examen (cocher) : ☐ **CAP** ☐ **Bac professionnel** ☐ **Bac général** ☐ **Bac technologique**

Nom de l'établissement et ville :

Et constaté que son état de santé entraîne (cocher une seule situation : partielle ou totale) :

☐ Une **INAPTITUDE PARTIELLE** permettant une adaptation de l'épreuve aux possibilités du candidat :

Période de validité de l'inaptitude partielle : du / / 202.... Au / / 202.... inclus

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

Des types de mouvements contre-indiqués

Le candidat **n'est pas autorisé à :**

Préciser (par exemple : marcher, courir, sauter, lancer, porter, soulever, nager, lutter, tourner, se renverser sur les mains, ou autres) :
.....
.....

Des types d'efforts contre-indiqués

Le candidat **n'est pas autorisé à produire des efforts :**

☐ Très intenses ☐ Modérés ☐ De faible intensité ☐ Autres, préciser :

Des types situation d'exercice ou environnementales, de conditions de pratique contre-indiquées

☐ Travailler en hauteur
☐ Certaines conditions atmosphériques ou ambiantes
☐ Autres, à préciser:.....

Le médecin peut préciser ci-après toute information utile pour guider l'enseignant vers la meilleure adaptation possible de la pratique en éducation physique et sportive (EPS), par exemple, la posture, l'amplitude, la vitesse, la charge, la durée maximale de travail, la récupération, les conditions d'arrêt, etc. :

.....
.....
.....

☐ Une **INAPTITUDE TOTALE** ne permettant aucune pratique physique adaptée : Compléter la période, dater et signer.

Période de validité de l'inaptitude totale : du / / 202.... Au / / 202.... inclus

Fait à : Le : / / Signature et cachet du médecin :