Lycée professionnel
PIERRE BEREGOVOY

CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussignée(e) , docteur en médecine :.....

Lieu d'exercice :.....

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

…… .

Né(e) le …….. et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne

- une inaptitude partielle, totale (1), du ……..au ……..inclus.
- En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'aptitude est liée :

à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture …) :

à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire ...) :

à la capacité à l'effort (intensité, durée …) :

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques ...) :

autres :

Date, signature et cachet du médecin

(1) ***rayer la mention inutile***