

Candidat individuel relevant du **CONTROLE PONCTUEL présentant un
HANDICAP ou une **INAPTITUDE PERMANENTE** (totale ou partielle)**

Cette annexe dûment renseignée doit être renvoyée par courrier, pour le **03 décembre 2022 au plus tard** (date impérative) :

Rectorat d'Aix-Marseille – DIEC 3.05 Lucile BERNARDARA - Place Lucien Paye 13621 Aix en Provence
Cedex 1

INFORMATIONS à remplir PAR LE CANDIDAT ou son responsable légal, si mineur

NOM : Prénom.....

Date de naissance.....

Téléphone : Mail :

Adresse du candidat

.....

.....

Etablissement d'origine :

.....

Diplôme présenté :

Baccalauréat général

Baccalauréat technologique

Baccalauréat professionnel

CAP

Certificat médical d'inaptitude à l'EPS établi par le MEDECIN TRAITANT

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

Nom et prénom :

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

une INAPTITUDE PARTIELLE du.....au.....inclus.

une INAPTITUDE TOTALE du.....au.....inclus.

En cas d'inaptitude totale, le médecin traitant doit joindre un certificat détaillé sous pli confidentiel à l'attention du médecin scolaire de l'éducation nationale comportant des éléments diagnostics et de suivi relatifs à la pathologie.

Date, signature et cachet du médecin traitant :

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :

Validation : oui non :

Certificat médical d'inaptitude à l'EPS établi par le médecin traitant

Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

Nom et prénom :

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

une **INAPTITUDE TOTALE**

du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE PARTIELLE**

du.....au.....inclus.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation des modalités d'évaluation certificative aux possibilités de l'élève, 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)

.....

DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....

AUTRES

.....

Date, signature et cachet du médecin traitant

**Complément au certificat médical
pour une adaptation de la certification
aux possibilités de l'élève**

A remplir par le médecin traitant

Indiquer ce que le candidat PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique

FONCTIONS	POSSIBLE	Pour un effort d'intensité		Pour un effort de durée	
		<i>Forte</i>	<i>Modérée</i>	<i>Prolongée</i>	<i>Limitée</i>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever-Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compléments d'information :

Date, signature et cachet du médecin traitant