

Je soussigné, Docteur _____ médecin de l'éducation nationale,

Certifie avoir étudié la situation de l'élève (nom, prénom) :

Né(e) le :

Établissement scolaire :

classe :

Je confirme :

➤ **Une inaptitude totale** (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

➤ **Une inaptitude partielle** (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

Liée à :

- Des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture, etc)
- Des types d'effort (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire, etc)
- La capacité d'effort (intensité, durée, etc)
- Des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc)

J'atteste de la justification de (cocher la case) :

- La dispense de certification aux épreuves d'éducation physique et sportive pour l'année scolaire 20..../20....
- Une évaluation adaptée dans le cadre du contrôle en cours de formation, proposée et organisée par l'établissement, validée par la commission académique, en lien avec le médecin de l'éducation nationale.
- L'inscription à l'épreuve du contrôle adapté ponctuel académique (choix parmi les activités suivantes)

Pour le baccalauréat général ou technologique :

- Demi-fond avec profil « D2 » Demi-fond avec profil « D3 » Marche sportive de demi-fond 800m en fauteuil manuel
- Danse Tennis de table

Pour le baccalauréat professionnel :

- Marche sportive de demi-fond Natation sur le dos

Cachet du médecin de l'éducation nationale

Date :

Signature