

<b>CERTIFICAT MEDICAL EPREUVES EPS</b>			
<b>CANDIDATS INDIVIDUELS INAPTES PARTIELS OU INAPTES TOTAUX EN CONTROLE PONCTUEL</b>			
Session 2022			
<b>ORIGINAL A RENVoyer AU RECTORAT (conserver une copie)</b>			
DEPT <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82			
<input type="checkbox"/> Bac général	<input type="checkbox"/> Bac technologique	<input type="checkbox"/> Bac professionnel	<input type="checkbox"/> CAP
Série :		Spécialité :	

**INFORMATIONS CANDIDAT**

MADAME  MONSIEUR NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ETABLISSEMENT ET/OU VILLE.....

TELEPHONE OBLIGATOIRE CANDIDAT ...../...../...../...../..... PARENTS ...../...../...../...../.....

**CONDITIONS D'INSCRIPTION**

**Candidats concernés :** Candidats individuels présentant cette année un problème de santé chronique ou exceptionnel non reconnu par la MDPH. S'ils ne sont pas en mesure de passer les épreuves EPS organisées pour les candidats aptes, ils peuvent se présenter à l'épreuve adaptée académique ponctuelle ou se faire dispenser sous réserve de fournir ce justificatif médical. Pour rappel, l'épreuve d'EPS est une épreuve obligatoire pour tous les examens.

Ce certificat médical doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

L'original de ce document est à transmettre **dès l'inscription ou dernier délai dans les 48h après la date de l'examen d'EPS**, par voie postale au **Rectorat, service de la DEC3-EPS - CS 87703 - 31077 TOULOUSE Cedex 4**. Conserver un double de tous les documents d'inscription

**Aucun certificat médical établi à une date postérieure à celle de l'examen ne pourra être pris en compte.**

Pour rappel : Toute absence sans justificatif (médical ou force majeure) :

Bac général et technologique = zéro || Bac professionnel et CAP = absent = pas d'obtention du diplôme

**PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN**

**Recommandations :**

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire (art.R4127-69 du code la santé publique).

Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité pour le candidat de se présenter aux épreuves adaptées académiques, à choisir et cocher l'activité que le candidat est capable de réaliser ou, en cas d'impossibilité pour le candidat de pratiquer les activités académiques proposées, à le déclarer inapte total.

En cas d'inaptitude partielle, ce certificat peut comporter, dans le respect du secret médical, des indications utiles pour adapter la pratique de l'éducation physique et sportive aux possibilités individuelles des élèves.

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifié, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988, avoir examiné ce jour **l'élève** \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ **inscrit(e) à l'examen du** \_\_\_\_\_, **à (Ville)** \_\_\_\_\_, **et avoir constaté** (cocher les cases) :

Une incapacité à réaliser deux des trois activités EPS obligatoires (pour le Bac général, technologique ou professionnel) et une des trois activités EPS obligatoires (pour le CAP) :

- Demi-fond (1x800m)
- Tennis de table en simple
- Danse

Cette inaptitude est liée à des incapacités fonctionnelles :  
de mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...) :

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

.....  
de capacité à l'effort (intensité, durée...) :

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

**Son état de santé entraîne donc** (cocher la case) :

**UNE INAPTITUDE PARTIELLE**

**Du** ..... **au** ..... **inclus**

**Choisir l'activité possible (à cocher par le médecin)**

Natation (nage de durée)	<input type="checkbox"/>
Danse adaptée	<input type="checkbox"/>
Lancer de poids	<input type="checkbox"/>

**UNE INAPTITUDE TOTALE**

Pour rappel : Seules les incapacités fonctionnelles ne permettant pas à l'intéressé la pratique d'une des activités adaptées proposées ci-dessus au sens de la circulaire n° 94-137 du 30 mars 1994 entraînent une dispense d'épreuve.

**Du** ..... **au** ..... **inclus**

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES**

Date :

Signature et cachet du médecin