

**Rectorat  
de Montpellier**

31, rue de  
l'Université  
CS 39004  
34064  
Montpellier  
cedex 2

Téléphone :  
04.67.91.46.36

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE  
A LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET  
SPORTIVE (Epreuve PONCTUELLE OBLIGATOIRE)**

**NOM du CANDIDAT :** .....

**PRENOM du CANDIDAT :** .....

**NUMERO du CANDIDAT :** .....

**EXAMEN :** ..... **SPECIALITE :** .....

**Je soussigné, docteur en médecine :** .....

Lieu d'exercice : .....

**Certifie avoir examiné l'élève :** .....

**NOM, Prénom :** .....Né(e) le .....

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

**Une inaptitude totale**

**Une inaptitude partielle**

du .....au.....(1)

**En cas d'inaptitude partielle (2) :**

Pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités du candidat, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude 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 ...) etc.

---

---

---

**Date, signature et cachet du médecin,**

(1) En cas de non-production d'un nouveau certificat, à l'expiration de ce délai, le candidat sera considéré apte à la pratique de l'éducation physique et sportive.

(2) Ces renseignements sont à formuler de manière explicite afin qu'un enseignement adapté puisse être mis en place.