Lycée Carmejane
La réussite au cœur des Alpes du Sud

SI VOTRE ENFANT PRATIQUE L'UNSS A LA RENTREE

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e), docteur en médecine…….....

Certifie avoir examiné l'élève (nom, prénom) : ……Né(e) le ……

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en loisir et en compétition :

RUGBY - FOOTBALL - VOLLEY BALL - HAND BALL - BASKET BALL - BASE BALL - TENNIS DE TABLE – BADMINTON – ATHLETISME - SKI ALPIN - SKI DE FOND, COURSE

(Rayer le ou les sports non-concernés le cas échéant).

Date, signature et cachet (obligatoire) du médecin,

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE (partielle ou totale) A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)

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

Certifie, en application du décret n° *88-977 du 11 octobre 1988*, avoir examiné l'élève (nom, prénom) : …… ……..……Né(e) le :……...

ET constaté ce jour que son état de santé entraîne :

une inaptitude PARTIELLE - TOTALE (2) (rayer la mention inutile)

du au (3)

En cas d'inaptitude partielle, et afin de permettre une adaptation de l'enseignement 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….)
- à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire…..)
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques….), etc.

……..
……..
……..

Date, signature et cachet (obligatoire) du médecin,

(1) le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.
(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier en tête du médecin
(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive