



Mise à jour: 26/01/2026

**VICE-RECTORAT
DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE
DIRECTION GÉNÉRALE
DES ENSEIGNEMENTS**

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE
DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (EPS)**

Je soussigné(e) _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour
l'élève _____, né(e) le ____ / ____ / _____,
scolarisé(e) en classe de _____ et avoir constaté que son état de santé entraîne :

☐ **UNE INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus.*

☐ **UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus.*

Pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève (exemples: augmentation du temps de récupération, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel adapté...) **merci de préciser :**

FONCTIONS	POSSIBLE	POSSIBLE AVEC ADAPTATIONS / Précisions éventuelles	CONTRE INDIQUE
Marcher	☐	☐	☐
Courir	☐	☐	☐
Sauter	☐	☐	☐
Lancer	☐	☐	☐
Nager	☐	☐	☐
TYPE D'EFFORT			
Intense et bref	☐	☐	☐
De faible intensité	☐	☐	☐
Prolongé	☐	Durée limitée à :	☐
CONTEXTES PARTICULIERS		Précisions	
Amplitude articulaire limitée		☐	
Adaptation au climat (soleil, pluie, humidité...)		☐	
Activités à risque (en élévation, nautiques...)		☐	
Déplacements limités et/ou dans l'axe		☐	
Autres recommandations :			

Nombre de cases cochées :

Date :

Cachet et signature du médecin :

*A l'issue de cette période et en l'absence de nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'EPS