

**Composante Interne de Formation STAPS (Sciences et Techniques des Activités  
Physiques et Sportives) – Campus de TARBES et d'Anglet**

**Année universitaire 2023 - 2024**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE  
À LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné..... Docteur en médecine

Lieu d'exercice : .....

Certifie avoir examiné l'étudiant(e) .....

Né(e) le .....

Et constaté que son état de santé général ne contre-indique pas la pratique sportive  
(multisports) dans le cadre de ses études en STAPS.

Cependant, ce(te) étudiant(e) est en situation d'inaptitude ponctuelle (partielle ou totale)  
jusqu'au .....(Merci de vous reporter à l'annexe 1)

Cependant, cet(te) étudiant(e) est en situation de handicap, pathologie invalidante ou  
inapte de manière durable. L'étudiant(e) doit prendre contact avec la cellule handicap de  
l'UPPA (mail : [handi@univ-pau.fr](mailto:handi@univ-pau.fr))

Date, signature et **cachet du médecin**

A ....., le .....