

Composante Interne de Formation STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) de TARBES

Année universitaire 2022 – 2023

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE  
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 entraîne :

Une INAPTITUDE **TOTALE** du.....au ..... qui empêche toute activité physique et sportive

Une INAPTITUDE **PARTIELLE** du .....au ..... qui autorise une activité physique et sportive adaptée

**Dans le cas d'une inaptitude partielle** des indications utiles pour adapter la pratique sportive aux possibilités de l'étudiant sont nécessaires.

**Préciser éventuellement (dans le respect du secret médical), si l'inaptitude est liée à des :**

- types de mouvements limités en :  Amplitude  Vitesse  Charge  Posture
- types d'efforts limités sur le plan :  Musculaire  Cardio-vasculaire  Respiratoire
- capacités à l'effort limitées en :  Endurance (long et peu intense)  Résistance  Vitesse (bref et intense)
- capacités incompatibles avec :  un travail en hauteur  le milieu aquatique  des conditions atmosphériques particulières (à préciser : .....) )

**Merci d'indiquer au besoin :**

**- les activités sportives à proscrire :**

.....

**- les activités à pratiquer avec adaptation : .....**

Date, signature et **cachet du médecin**

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