

ANNEXE 1



Composante Interne de Formation STAPS
(Sciences et Techniques des Activités Physiques et
Sportives) – Campus de Tarbes et d'Anglet
Année universitaire 2025 – 2026

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE PONCTUELLE/PARTIELLE
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** duauqui 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 tout commentaire permettant d'adapter l'enseignement:

.....
.....
.....
.....

Date, signature et **cachet du médecin**

A, le