

# ANNEXE 1



Composante Interne de Formation STAPS  
(Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) – Campus de Tarbes et d'Anglet  
Année universitaire 2026 – 2027

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** 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 tout commentaire permettant d'adapter l'enseignement:

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

Date, signature et **cachet du médecin**  
A ....., le .....