

---

## ANNEXE 4 : CERTIFICAT MEDICAL EPS

---

Je soussigné(e) ....., docteur en médecine,

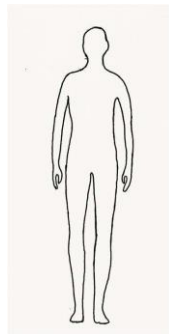
certifie avoir examiné ....., né(e) le..... et

n'avoir constaté à ce jour **aucun signe clinique** apparent contre-indiquant la pratique des sports, y compris en compétition.

avoir constaté une **inaptitude partielle**. Précisez (activités, types d'efforts, mouvements...) :

Précisions et recommandations :

➤ **limitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur** (entourer la zone anatomique concernée par la limitation) :



➤ **vigilance quant au dosage de l'effort en raison d'une pathologie connue :**

- risque d'essoufflement
- risque d'hypoglycémie
- risque de trouble de la conscience
- fatigue chronique importante et/ou faiblesse musculaire
- autre : .....

➤ **intolérance à un environnement :**

- sensibilité aux infections et donc aux environnements microbiens : milieu clos, mal ventilé, et/ou avec risque de promiscuité ainsi qu'en piscine
- autre : .....

avoir constaté une **inaptitude totale** à pratique de l'EPS

Fait à....., le.....

Cachet et signature du médecin