
ANNEXE 4 : CERTIFICAT MEDICAL EPS

Je soussigné(e), docteur en médecine,

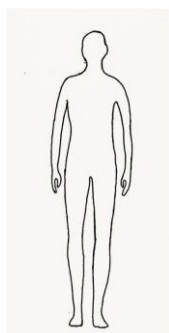
certifie avoir examiné, né(e) le..... et

☐ 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