

Je soussigné(e),, Docteur(e) en médecine
certifie avoir examiné l'étudiant(e) :

NOM	
Prénom	
Né(e) le	
Niveau de formation	

Je constate ce jour que son état de santé entraine :

<input type="checkbox"/> Une inaptitude totale	du au inclus.
---	---------------------------

OU

<input type="checkbox"/> Une inaptitude partielle	du au inclus.
Pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'étudiant(e), précisez en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :	
<input type="checkbox"/> des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)	
<input type="checkbox"/> des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)	
<input type="checkbox"/> la capacité de l'effort (intensité, durée)	
<input type="checkbox"/> des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur milieu aquatique, conditions atmosphériques)	
<input type="checkbox"/> Autres	

Date, signature et cachet du médecin :

Circuit de communication interne au département STAPS de l'UPEC

Signature enseignant APSA 1	Signature enseignant APSA 2	Signature enseignant APSA 3	Signature enseignant APSA 4	Signature enseignant APSA 5