

CERTIFICAT MEDICAL

Délivré par un Médecin du Sport Agréé

**Certificat de validité annuelle :
pour l'année universitaire 2024-2025**

Je soussigné(e).....,Médecin du Sport,

Certifie avoir examiné :

Nom :Prénom:

Né(e) le :À :

Demeurant à (*adresse*) :

.....
.....

et ne pas avoir constaté de contre-indications médicales à la pratique des activités physiques et sportives.

- L'intéressé(e) présente une inaptitude temporaire : OUI NON
Si oui, remplir la Page 2 de ce document
- L'intéressé(e) présente une prise en charge ou un traitement médical régulier et/ou au long cours :
OUI NON
- L'intéressé(e) est à jour de ses vaccinations : OUI NON

Fait àle

Signature et cachet obligatoire d'un médecin du sport agréé :

IMPORTANT:

L'étudiant doit conserver une copie de ce certificat dans le cadre d'une éventuelle inscription auprès du SUAPS.
Aucune photocopie ne sera délivrée par le service de la scolarité.

CERTIFICAT MÉDICAL POUR INAPTITUDE TEMPORAIRE

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

Certifie avoir examiné :

Nom : Prénom:.....

Né(e) le : À :

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

Une **INAPTITUDE PARTIELLE** du auinclus

Une **INAPTITUDE TOTALE** du auinclus

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'étudiant, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

des **TYPES DE MOUVEMENTS** (amplitude, vitesse, charge, posture, ...)

.....

des **TYPES D'EFFORTS** (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires, ...)

.....

la **CAPACITE DE L'EFFORT** (intensité, durée, ...)

.....

des **SITUATIONS D'EXERCICE et D'ENVIRONNEMENT** (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques,...)

.....

Autres :

Fait àle

Date, signature et cachet du médecin :

Visa du responsable d'APSA Date :	Visa du gestionnaire de filière Date :	Visa du Responsable de la formation Date :
--	---	---