

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE SPORTIVE

Année Universitaire 2024-2025

Je soussigné _____

Docteur en médecine

Lieu d'exercice : _____

Certifie que l'état de santé de :

M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activité physique et sportive (APS) intensive de nature compétitive dans un contexte universitaire, hormis dans les APS rayés ci-dessous :

- | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Athlétisme | <input type="checkbox"/> Football | <input type="checkbox"/> Stand'up Paddle |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Gymnastique / Acrosport | <input type="checkbox"/> Step |
| <input type="checkbox"/> Basket-ball | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Canoë-Kayak | <input type="checkbox"/> Musculation | <input type="checkbox"/> Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Voile |
| <input type="checkbox"/> Danse | <input type="checkbox"/> Préparation physique générale | <input type="checkbox"/> Ultimate |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Rugby | <input type="checkbox"/> Volley-ball |

Date : _____

Signature
Avec cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE SPORTIVE

Année Universitaire 2024-2025

Je soussigné

Docteur en médecine

Lieu d'exercice :

Certifie avoir examiné l'étudiant(e) :

M.

Mme

Nom : Prénom :

Né(e) le à

Et constaté que son état de santé entraîne :

une **INAPTITUDE TOTALE** du Au
qui empêche toute activité physique et sportive intensive.

une **INAPTITUDE PARTIELLE** du Au
qui autorise une activité physique et sportive adaptée intensive.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, des indications utiles pour adapter la pratique sportive aux possibilités de l'étudiant sont nécessaires.

Veuillez s'il vous plaît préciser 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
- Capacités incompatibles avec : un travail en hauteur Milieu aquatique
 des conditions atmosphériques ou de températures particulières

Merci d'indiquer s'il vous plaît au besoin :

- Les activités physiques et sportives à proscrire :

- Les activités physiques et sportives à pratiquer avec adaptation :

Date :

Signature
Avec cachet du médecin