

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|
| <b>CANDIDAT INDIVIDUEL RELEVANT DU CONTROLE PONCTUEL<br/>CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE OU INAPTITUDE TOTALE<br/>A LA PRATIQUE DE L'EPS<br/>Session 2025</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |
| Département d'inscription à l'examen : <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |
| Examen présenté :  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Bac général   |  |  | <input type="checkbox"/> Bac technologique |  |  | <input type="checkbox"/> Bac professionnel |  |  | <input type="checkbox"/> CAP |  |  |
| Série :  |  |  | Spécialité :                               |  |  | Spécialité :                               |  |  | Spécialité :                 |  |  |

**INFORMATIONS CANDIDAT :**

|   |             |                |                           |
|---|-------------|----------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> MADAME <input type="checkbox"/> MONSIEUR | NOM : ..... | PRENOM : ..... | DATE DE NAISSANCE : ..... |
| ETABLISSEMENT ET/OU VILLE.....                                    |             |                |                           |
| TELEPHONE OBLIGATOIRE CANDIDAT .....                              |             | PARENTS .....  |                           |

**L'épreuve d'EPS est une épreuve obligatoire pour tous les examens.**

A ce titre et conformément à la circulaire n°94-137 du 30/03/1994, des épreuves adaptées sont proposées aux candidats présentant une aptitude partielle temporaire ou permanente.

Pour justifier d'une aptitude partielle ou inaptitude totale, ce certificat médical est à transmettre **dès l'inscription**, par voie postale, au **Rectorat, service de la DEC3-EPS - CS 87703 - 31077 TOULOUSE Cedex 4**. Adresser l'original et conserver un double du document.

**Aucun certificat médical établi à une date postérieure à celle de l'examen ne pourra être pris en compte.**

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifie, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988, avoir examiné ce jour **l'élève** \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ **inscrit(e) à l'examen du** \_\_\_\_\_, **à (Ville)** \_\_\_\_\_, **et avoir constaté** une incapacité pour le candidat à réaliser les activités suivantes Demi-fond (1x800m), Danse, Tennis de table.

**De ce fait, son état de santé entraîne :**

 **UNE INAPTITUDE PARTIELLE**

**Choisir l'activité possible à réaliser par le candidat (à remplir par le médecin) NB : pour les candidats MDPH consulter la notice d'accompagnement ci-après pour préciser la classification dans la dernière colonne**

**Du** ..... **au** ..... **inclus**

|   | Choix | Classification MDPH |
|---|-------|---------------------|
| Danse adaptée (chorégraphie individuelle) |       |                     |
| Marche adaptée                            |       |                     |
| Tennis de table adapté                    |       |                     |

Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité pour le candidat de se présenter aux épreuves adaptées ci-dessus ou, en cas d'impossibilité pour le candidat de les pratiquer, à le déclarer inapte total.

 **UNE INAPTITUDE TOTALE**

**Du** ..... **au** ..... **inclus**

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES**

Date :

Signature et cachet du médecin

**Candidats concernés par ce certificat médical :**

- Candidats individuels non reconnus par la MDPH présentant cette année un problème de santé chronique ou exceptionnel ;
- Candidats reconnus handicapés par la MDPH.

| Typologie du handicap  | Code       | Caractéristiques du handicap  | Exemples  |
|--|------------|---|---|
| <b>CANDIDATS<br/>HANDICAPES MOTEURS<br/>PRATIQUANT DEBOUT</b>          | <b>D1</b>  | Handicap des membres inférieurs et supérieurs accompagnés de problèmes d'équilibre.   | Infirmes moteurs cérébraux (IMC) athétosiques ou spastiques, quadriplégiques, certains poliomyélitiques, troubles cérébelleux...  |
|  | <b>D2</b>  | Handicap léger des membres inférieurs gênant la course et les prises d'élan et handicap de la partie supérieure<br>Handicap des membres inférieurs et atteinte légère du bras dans la pratique sportive   | IMC, spastiques, hémiplegiques graves, litiés, arthrogryposes, amputés, handicaps asymétriques des membres inférieurs ou supérieurs, traumatisés crâniens.  |
|  | <b>D3</b>  | Handicap léger des membres inférieurs avec possibilité d'élan et de bons membres supérieurs<br>Bons membres inférieurs mais handicap d'un bras<br>Problèmes de tronc ou handicap fonctionnel avec légère incoordination<br>Déficience respiratoire sévère.  | Scoliotiques avec corset, poliomyélitiques légers, hémiplegiques légers, amputés d'un bras ou tibial appareillé, IMC légers   |
| <b>CANDIDATS<br/>HANDICAPES MOTEURS<br/>PRATIQUANT EN<br/>FAUTEUIL</b> | <b>F1</b>  | Peu de capacités motrices des membres supérieurs et inférieurs, peu de préhension des mains et peu d'équilibre du tronc. Déplacements en fauteuil roulant en propulsion manuelle ou podale.   | Tétraplégiques, handicapés des membres supérieurs et inférieurs, IMC athétosiques ou spastiques, hémiplegiques, myopathes, troubles cérébelleux.  |
|  | <b>F2</b>  | Bonne motricité des membres supérieurs, mais peu d'équilibre du tronc ou Motricité incomplète des membres supérieurs, mais bon équilibre du tronc.  | Paraplégiques et poliomyélitiques sans abdominaux (lésions vertébrales de D4 à D10), IMC avec bons membres supérieurs, mais problèmes d'équilibre du tronc, candidats avec corset                             |
|  | <b>F3</b>  | Bonne motricité des membres supérieurs, bon équilibre du tronc en fauteuil.   | Paraplégiques et poliomyélitiques avec de bons abdominaux (lésion vertébrale D11 et moins), IMC avec de bons abdominaux et membres supérieurs, amputés des membres inférieurs pratiquant en fauteuil roulant. |
|  | <b>FE</b>  | Candidat utilisant habituellement le fauteuil électrique comme mode de déplacement  |   |
| <b>CANDIDATS<br/>HANDICAPES MOTEURS<br/>PRATIQUANT DANS<br/>L'EAU</b>  | <b>G1</b>  | Atteinte au niveau de 3 ou 4 membres et du tronc, se déplacent obligatoirement en fauteuil roulant<br>Amputations sévères au niveau des 4 membres (au-dessus des coudes et des genoux).   |   |
|  | <b>G2</b>  | Atteinte de 2 membres et du tronc, se déplacent avec 2 cannes avec difficulté<br>Marchant sans canne avec atteinte motrice sévère des 4 membres (coordination neuro motrice défectueuse)<br>Amputations sévères au niveau de 3 membres (au-dessus des coudes et des genoux) ou de l'extrémité des 4 membres (entre cheville et genoux et entre poignet et coude). |   |
|  | <b>G3</b>  | Atteinte des membres inférieurs exclusivement, se déplacent en fauteuil roulant<br>Se déplaçant aisément avec 1 ou 2 cannes<br>Marchant avec une atteinte motrice (coordination neuro motrice défectueuse) de 2 membres d'un seul côté<br>Amputation totale ou partielle (minimum poignet ou cheville) au niveau de 2 membres                                     |   |
|  | <b>G4</b>  | Marchant sans canne avec atteinte motrice au niveau de 1 ou 2 membres inférieurs<br>Marchant sans canne avec atteinte motrice légère des 4 membres (coordination neuro motrice défectueuse)<br>Amputation au niveau d'un seul membre (minimum poignet ou cheville).   |   |
| <b>CANDIDATS DERCIENTS<br/>VISUELS</b>                                 | <b>DV1</b> | Non-voyant : Acuité visuelle AV=0   |   |
|  | <b>DV2</b> | Mal-voyant : AV < 1/50  |   |
|  | <b>DV3</b> | Mal-voyant : 1/10 ≥ AV > 1/50   |   |