

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA REALISATION DE TRAVAUX PRATIQUES ET D'AGRO-EQUIPEMENT.**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine :

Exerçant à

Certifie, avoir examiné l'élève :

Nom

Prénom

Etablissement

Né (e) le

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

Une inaptitude partielle

Du

au

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

| Mouvements essentiels | | | Types de situation | | |
|------------------------------|-----|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | oui | non | | oui | non |
| Forcer sur les jambes | | | Activité plantation | | |
| Forcer sur les bras | | | Activité repiquage | | |
| Forcer sur les mains | | | Activité taille | | |
| Porter des charges | | | Activité désherbage | | |
| Travail à genou | | | Activité débroussaillage | | |
| Station debout prolongée | | | Activité petite maçonnerie | | |
| | | | Conduite de véhicules motorisés | | |
| | | | Autres : ... | | |
| | | | | | |

Commentaires éventuels :

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

Une inaptitude Totale

Du

au

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées.