



**CERTIFICADO MÉDICO
DE INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PARA EL EJERCICIO DE LA
EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE**

EVALUACIÓN: prueba en servicio (CCF)

INSTRUCCIONES: Este certificado médico debe estar autenticado por el sello del médico, mencionar la duración de la incapacidad y estar fechado.

Yo, el abajo firmante, Dr....., médico

Lugar de práctica:

Certifico que, en aplicación del decreto n° 88-977 del 11 de octubre de 1988, he examinado al alumno:

NOMBRE, APELLIDOS :

Nacido en:

Y constata que su estado de salud se traduce en :

Una incapacidad total (para el año escolar)

Incapacidad parcial:

Para el año escolar (con una adaptación al curso, que se detallará más adelante)

Durante un período de..... a partir de hoy (sin práctica de educación física).

Para permitir la adaptación de la enseñanza de la educación física a las posibilidades del alumno, es necesario :

adaptar las actividades físicas que implican a las articulaciones y en particular las siguientes articulaciones:

Tobillos Rodillas Caderas Hombro Columna vertebral Otros (especificar):

Por ejemplo, es preferible fomentar las actividades de descarga: montar en bicicleta, nadar, caminar

El dolor debe ser una señal de advertencia para detener la actividad

Las actividades físicas que requieren funciones cardiorrespiratorias deben ser adaptadas :

Por lo tanto, es preferible :

Favorecer las actividades de intensidad moderada pero de duración prolongada

Permitir que el estudiante se tome descansos durante el esfuerzo si es necesario

Adaptar el tiempo de recuperación

La falta de aire excesiva debe ser una señal de advertencia para detener o ajustar la actividad

Otras recomendaciones (a especificar):

.....
.....
.....
.....

La actividad física forma parte de los cuidados generales ofrecidos a este alumno, al igual que el seguimiento nutricional y el fomento de la limitación del comportamiento sedentario. Por eso le animo a participar regularmente en la clase de educación física. Por ello, es importante facilitar su integración en el grupo y valorar su participación en la educación física en cualquier circunstancia.

Fecha, firma y sello del médico :