ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

EPREUVE AMENAGEE, CANDIDAT INAPTE PARTIEL, SESSION 2027
EXAMEN PONCTUEL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE TERMINAL

Département : 24 ☐ 33 ☐ 40 ☐ 47 ☐ 64 ☐ ***N° d'établissement :*** *(réservé à l'administration)*

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : MASCULIN ❒ FEMININ ❒

N° de téléphone : .....

EXAMEN : *(cocher la case correspondante)*

☐ **BACCALAUREAT GENERAL**

☐ **BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE**

☐ **BACCALAUREAT PROFESSIONNEL**

Etablissement scolaire (candidat scolarisé) : .....

.....

Adresse personnelle (candidat individuel) : .....

.....

.....

Je soussigné, candidat à l'examen ponctuel terminal d'E.P.S. certifie exacts et identiques à ceux de ma confirmation d'inscription à l'examen, les déclarations et vœux que j'exprime dans cette fiche.
Je certifie avoir pris connaissance de la note jointe à la présente fiche.

Signature obligatoire du candidat :

A ……, le ……/……/…….

CERTIFICAT MEDICAL
établi par le médecin traitant

- candidats scolarisés en établissement privé hors contrat
- candidats individuels

Je soussigné (Nom, Prénom) ……, docteur en médecine, certifie que

Monsieur, Madame (Nom, Prénom)..... est :

☐ **Inapte partiellement : épreuves aménagées ***
☐ **Handicapé physique ***

* Le médecin doit rédiger un certificat médical complémentaire qui mentionnera de façon précise l'inaptitude ou le handicap dont souffre le candidat afin que le cas soit réglementairement soumis au médecin scolaire.
Ce certificat, sous pli cacheté, sera agrafé à la présente fiche.

signature et cachet du praticien :

Fait à :..... le ..... / ..... / ……..

DECISION DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE *(copie transmise au formateur du candidat)*

☐ **inapte**

☐ **épreuves aménagées :** *en fonction du type d'incapacité, le médecin conseillera le candidat dans ses choix d'activités.*

☐ **handicapé physique** *(classification ci-dessous)*

FE	☐	F1	☐	F2	☐	F3	☐
D1	☐	D2	☐	D3	☐	[redacted]	
G1	☐	G2	☐	G3	☐	G4	☐
DV1	☐	DV2	☐	DV3	☐	[redacted]	

Fait à : ……, le ..... / ..... / .....

signature et cachet :

A renvoyer au rectorat dès que possible :
DEC 6 – EPS
5, rue Joseph de Carayon-Latour – CS 81499 – 33060 Bordeaux Cedex

CANDIDATS PRESENTANT UNE INAPTITUDE PARTIELLE *OU* UN HANDICAP RECONNU PAR LA CDAPH

CANDIDATS INAPTES PARTIELS PRESENTANT DES EPREUVES AMENAGEES

Les candidats qui seront déclarés inaptes partiellement par leur médecin traitant sélectionneront **une seule** des quatre activités de la liste ci-dessous. L'évaluation se fait sur **la base du même référentiel que les candidats valides**.

Le candidat **doit joindre sous pli cacheté à la fiche EPS un certificat médical complémentaire** indiquant de façon précise l'inaptitude dont il souffre.

Epreuve ponctuelle OBLIGATOIRE	
☐ **danse** ☐ **demi-fond** ☐ **tennis de table** ☐ **activité académique (musculation)**	**Ne sélectionner qu'une seule activité sportive**

CANDIDATS PRESENTANT UN HANDICAP RECONNU PAR LA CDAPH

Les candidats présentant un handicap, relevant de la classification indiquée sur le certificat médical du médecin, sélectionneront l'une des trois activités de la liste ci-dessous. Ils seront évalués sur la base d'un référentiel particulier. **Ils sont informés qu'ils ne doivent opter pour l'une des activités de la liste ci-dessous qu'à la seule condition qu'ils aient un bon niveau de pratique et qu'ils s'entraînent de façon régulière au sein d'une structure adaptée (handisport par exemple).**

Le candidat **doit joindre sous pli cacheté à la fiche EPS un certificat médical complémentaire** indiquant de façon précise l'inaptitude dont il souffre.

Epreuve ponctuelle OBLIGATOIRE
☐ **athlétisme (3 × 500 mètres)** ☐ **basket** ☐ **tir à l'arc**

RETOUR DE LA FICHE EPS :

La fiche « épreuve aménagée d'éducation physique et sportive examen ponctuel terminal – session 2027 » (à imprimer recto/verso) jointe ne concerne que les candidats inscrits à **l'épreuve aménagée ponctuelle d'EPS**. Elle concerne l'épreuve obligatoire (candidats libres, candidats des établissements hors contrat non habilités au CCF…). Cette fiche doit être **obligatoirement :**

- **renseignée, datée et signée par le candidat** ;
- complétée, datée et signée (cachet du praticien obligatoire) par le médecin traitant sur la partie certificat médical au recto de la fiche ;
- agrafée au **certificat médical complémentaire** (celui-ci obligatoirement **sous pli cacheté)** indiquant de façon précise l'inaptitude dont souffre le candidat.

La fiche EPS constitue une pièce justificative du dossier d'inscription. **Elle doit être retournée au rectorat dans les délais d'inscription impartis à chaque examen**. Toute fiche incorrectement renseignée sera immédiatement renvoyée au candidat.

DATE DES EPREUVES OBLIGATOIRES PONCTUELLES :

du lundi 5 au vendredi 9 avril 2027

La convocation aux épreuves ponctuelles d'EPS est éditée séparément des autres épreuves de l'examen. Les candidats recevront leur convocation par l'intermédiaire de leur établissement (scolaires) et/ou directement dans leur espace candidat Cyclades (candidats individuels). Ceux qui n'auraient pas reçu leur convocation pour les épreuves d'EPS au 8 mars 2027, devront prendre contact avec le service EPS du rectorat au 05.57.57.87.83.

ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE PARTIELLE (ou d'inaptitude totale) À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Les circulaires n° 2019-129 du 26-9-19, du 29-12-20 et du 17-7-20 rappellent que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. De nombreuses épreuves adaptées existent pour pallier une inaptitude partielle ou un handicap.
L'**aptitude partielle** permet la pratique des activités physiques, avec adaptation. L'**inaptitude totale** n'autorise pas la pratique des activités physiques, mais ne dispense pas de présence au cours. La **dispense** de présence à un cours d'EPS est un droit accordé exclusivement par le chef d'établissement.
Pour favoriser la santé de l'élève, il convient de préserver l'activité physique même en présence de restrictions médicales. Le professeur d'EPS ou des écoles a toute compétence pour adapter son cours, les contenus, les évaluations aux possibilités et ressources réelles de l'élève.

Je soussigné(e) ☐ , docteur(e) en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève ☐ né(e) le ☐ / ☐ / ☐ scolarisé(e) en classe de ☐ au collège / lycée *(nom de l'établissement)* ☐ à ☐ *(ville)* et avoir constaté que son état de santé entraîne :

Ci-après, cocher et compléter les champs adéquats. ***Remplir le plus précisément possible ce certificat*** *: il* ***permettra*** *aux enseignants d'EPS de* ***pouvoir proposer****, pour pallier une aptitude partielle ou un handicap selon les capacités citées,* ***une des épreuves adaptées existantes*** *(exemples : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, …) ou une* ***activité de substitution****.*

◯ UNE APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'EPS :

du ☐ / ☐ / ☐ au ☐ / ☐ / ☐ inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

1. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

- FONCTIONS : ☐ marcher ☐ courir ☐ sauter ☐ lancer ☐ lever ☐ porter

Précisions : ☐

- DOSAGE DE L'EFFORT : ☐ intense et bref ☐ prolongé (durée limitée à ☐)

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe : ☐ d'essoufflement ☐ de fatigue ☐ de douleur

Précisions : ☐

- CONTEXTES PARTICULIERS : ☐ milieu aquatique ☐ altitude ☐ en hauteur ☐ autre

Précisions : ☐

- ADAPTATIONS DE L'ACTIVITÉ :

☐ Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,…)
Adaptations pour la gestion ☐ du temps ☐ de l'espace ☐ des interactions sociales ☐ des consignes
Adaptations pour troubles ☐ de l'équilibre, ☐ de la coordination ☐ de la concentration ☐ autres

Précisions : ☐

- AMÉNAGEMENT(S) POSSIBLE(S) :

☐ Activités physiques permettant un allègement du corps : ☐ natation ☐ vélo ☐ autre(s) : ☐
☐ Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe
☐ Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) : ☐
☐ Activités physiques de renforcement musculaire
☐ Activités physiques de relaxation / étirements

Remarques pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées :

☐

2. Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de possibilité de pratique physique :

☐ aider pour l'arbitrage ☐ juger ☐ observer ☐ aider pour organiser ☐ autre(s) : ☐

◯ UNE INAPTITUDE TOTALE À LA PRATIQUE DE L'EPS :

du ☐ / ☐ / ☐ au ☐ / ☐ / ☐ inclus.

Nombre de cases cochées en chiffre : ☐ **et en lettres :** ☐

En cas de non production d'un nouveau certificat, à l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS. Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude est prononcée pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés.

Fait à ☐ **le** ☐ / ☐ / ☐ **Cachet et signature médecin prescripteur**