



**Région académique  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**

Division des Examens et Concours

DIEC/17-759-1748 du 20/11/2017

**INSCRIPTION A L'ÉPREUVE D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (EPS) - SESSION 2018 -  
MODIFICATION DES ANNEXES N°2 ET 3**

Référence : Bulletin Académique n°756 du 16/10/2017 portant inscription à l'épreuve d'EPS - session 2018

Destinataires : Mesdames et Messieurs les proviseurs des lycées publics, directeurs des établissements privés sous contrat - Mesdames et Messieurs les proviseurs des lycées professionnels publics et privés - CFA - GRETA - Organismes de formations

Dossier suivi par : M. GAMALERI - DIEC 3.05 (bureau des examens professionnels) - mail : [stephane.gamaleri@ac-aix-marseille.fr](mailto:stephane.gamaleri@ac-aix-marseille.fr) - Tel : 04 42 91 72 27

Les annexes 2 et 3 publiées au BA du 16 octobre 2017 sont remplacées par les annexes publiées ce jour.

Nota : les annexes qui vous auraient déjà été remises complétées en utilisant les modèles publiés le 16 octobre dernier seront prises en compte. Il n'y a pas lieu à les faire refaire.

*Signataire : Pour le Recteur et par délégation, Pascal MISERY, Secrétaire Général de l'Académie d'Aix-Marseille*

**CANDIDAT EVALUE EN CCF PRESENTANT  
UNE INAPTITUDE TEMPORAIRE<sup>(1)</sup> OU PERMANENTE, QU'ELLE SOIT TOTALE OU PARTIELLE**

**INFORMATIONS A REMPLIR PAR LE CANDIDAT ou son responsable légal, si mineur**

NOM .....Prénom.....  
 Date de naissance.....  
 Téléphone : ..... Mail : .....  
 Adresse du candidat : .....  
 .....  
 Etablissement d'origine : .....  
 Diplôme présenté :  
 Baccalauréat général, série .....  Baccalauréat technologique, série .....  
 Baccalauréat professionnel, spécialité.....  
 CAP, spécialité.....  
 BEP, spécialité.....  
 BMA, spécialité.....

Signature du candidat et de son responsable légal (si mineur)

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE OU TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné-e, ....., Docteur en  
 médecine, lieu d'exercice ....., certifie avoir, examiné  
 NOM, Prénom : ..... né-e le .....  
 et constate, ce jour, que son état de santé entraîne :  
 une inaptitude totale à l'EPS du ..... au .....  
 une inaptitude partielle à l'EPS du ..... au .....

Préciser si celle-ci est liée à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture) ; à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) ; à la capacité à l'effort (intensité, durée) ou à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques) :

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

Date, signature et cachet du médecin

**Dans tous les cas, le médecin doit joindre un certificat détaillé sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'Education Nationale comportant des éléments diagnostics et de suivi relatifs à la pathologie.**

**TYPE DE CONTROLE ADAPTE (1)  
A REMPLIR PAR LE CANDIDAT, ou son responsable légal.**

**1/ Le candidat se présente à un contrôle adapté OBLIGATOIRE (une ou des épreuves) proposé au sein de son établissement :**

- Epreuve adaptée ou épreuve aménagée proposée dans l'établissement.

**2/ Le candidat se présente à une des épreuves adaptées OBLIGATOIRES académiques :**

Lorsque l'inaptitude partielle permanente ou le handicap permet au candidat de subir un contrôle adapté, et dans le cas où celui-ci n'est pas proposé en CCF dans l'établissement, le candidat choisit une épreuve ponctuelle obligatoire adaptée académique parmi celles proposées dans le cas 2. S'il est candidat à un baccalauréat (G/T ou pro), il a également la possibilité de se présenter à l'épreuve facultative adaptée académique (cas 3).

Dans ces cas et uniquement dans ces cas, le dossier **est à transmettre à la DIEC 3.05 pour le 12 janvier 2018 au plus tard.**

- Tir à l'arc  Marche  Natation  Triathlon ASDEP (3) (Muscultation, stretching, relaxation)

**3/ Le candidat se présente à l'épreuve FACULTATIVE adaptée (baccalauréats uniquement) académique :**

- Natation adaptée

(1) Dans le cas d'une inaptitude temporaire partielle ou totale, déclarée au cours d'année, le candidat qui ne pourrait pas subir une des épreuves prévues dans son ensemble certificatif, subirait une épreuve aménagée de la même APSA (2) ou une épreuve différée (même épreuve APSA, mais différée dans le temps).

(2) APSA : Activité Physique Sportive et Artistique

(3) Activités scolaires de développement et d'entretien physique.

**TYPE DE CONTROLE ADAPTE – AMENAGE – DIFFERE (à renseigner par l'enseignant)**

- contrôle aménagé ou différé (*dans ce cas précis, l'annexe 2 n'est pas à inclure au dossier établissement*).
- contrôle adapté (épreuves d'établissement)
- contrôle adapté (épreuves académiques selon les choix du candidat)
- inaptitude déclarée sur 1 épreuve, **après et si** le recours à l'épreuve différée n'est pas possible
- inaptitude déclarée sur 2 épreuves, **après et si** le recours aux épreuves différées n'est pas possible
- inaptitude totale permanente, dispense d'épreuve d'EPS

**ATTESTATION DE L'AUTORITE MEDICALE SCOLAIRE (médecin Education Nationale)**

Date, signature et cachet du médecin de l'Education Nationale

**CANDIDAT EVALUE AUX EPREUVES PONCTUELLES PRESENTANT  
UNE INAPTITUDE TEMPORAIRE OU PERMANENTE, QU'ELLE SOIT TOTALE OU PARTIELLE**

**Pour les candidats évalués en CONTROLE PONCTUEL** (candidats individuels, organismes de formation privé, CFA non habilités), ce formulaire doit être renvoyé à l'adresse suivante pour le **12 janvier 2018 au plus tard** :

Rectorat d'Aix-Marseille  
DIEC 3.05 M. GAMALERI  
Place Lucien Paye  
13621 AIX EN PROVENCE CEDEX 1

**INFORMATIONS A REMPLIR PAR LE CANDIDAT ou son responsable légal, si mineur**

NOM .....Prénom.....

Date de naissance.....

Téléphone : ..... Mail : .....

Adresse du candidat : .....

Etablissement d'origine : .....

Diplôme présenté :

Baccalauréat général, série .....  Baccalauréat technologique, série .....

Baccalauréat professionnel, spécialité.....

CAP, spécialité.....

BEP, spécialité.....

BMA, spécialité.....

Signature du candidat et de son responsable légal (si mineur)

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE OU TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné-e, ....., Docteur en médecine, lieu d'exercice ....., certifie avoir, examiné  
NOM, Prénom : ..... né-e le .....  
et constate, ce jour, que son état de santé entraîne :

- une inaptitude totale à l'EPS du ..... au .....
- une inaptitude partielle à l'EPS du ..... au ..... donnant lieu à un contrôle adapté ponctuel.

**Dans tous les cas, le médecin doit joindre un certificat détaillé sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'Education Nationale comportant des éléments diagnostics et de suivi relatifs à la pathologie.**

Date, signature et cachet du médecin

**TYPE DE CONTROLE ADAPTE  
A REMPLIR PAR LE CANDIDAT, ou son responsable légal.**

Lorsque l'inaptitude partielle permanente ou le handicap permet au candidat de subir un contrôle adapté, il choisit une épreuve ponctuelle obligatoire adaptée académique parmi celles proposées dans le cas 1. S'il est candidat à un baccalauréat (G/T ou pro), il a également la possibilité de se présenter à l'épreuve facultative académique adaptée (cas 2).

Dans tous les cas, le dossier **est à transmettre à la DIEC 3.05 pour le 12 janvier 2018 au plus tard.**

**1/ Le candidat se présente à une des épreuves OBLIGATOIRES académiques adaptées :**

- Tir à l'arc  Marche  Natation  Triathlon ASDEP (1) (Musculature, stretching, relaxation)

**2/ Le candidat se présente à l'épreuve FACULTATIVE académique adaptée (baccalauréats uniquement) :**

- Natation adaptée

(1) *Activités scolaires de développement et d'entretien physique.*

**AVIS DE L'AUTORITE MEDICALE SCOLAIRE (médecin Education Nationale)**

- inaptitude partielle, le candidat peut subir un contrôle adapté (épreuves académiques selon les choix du candidat)
- inaptitude totale, dispense d'épreuve d'EPS

Date, signature et cachet du médecin de l'Education Nationale