

**Candidat individuel relevant du CONTROLE PONCTUEL présentant un HANDICAP  
ou une INAPTITUDE PERMANENTE (totale ou partielle)**

Cette annexe dûment renseignée doit être téléversée en justificatif dans le compte candidat Cyclades

**INFORMATIONS à remplir PAR LE CANDIDAT ou son responsable légal, si mineur**

NOM : .....Prénom.....

Date de naissance.....

Téléphone : ..... Mail : .....

Adresse du candidat  
.....  
.....

Etablissement d'origine (si candidat scolaire) :  
.....

**Diplôme présenté :**

Baccalauréat général

Baccalauréat technologique

Baccalauréat professionnel

CAP

BMA

**Certificat médical d'inaptitude à l'EPS établi par le MEDECIN TRAITANT**

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

Nom et prénom :

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

une INAPTITUDE PARTIELLE du.....au.....inclus.

**Le candidat peut subir un contrôle adapté (épreuve académique Marche en durée)**

une INAPTITUDE TOTALE du.....au.....inclus.

**Le candidat est dispensé d'épreuve d'EPS**

**En cas d'inaptitude totale, le médecin traitant doit joindre un certificat détaillé sous pli confidentiel à l'attention du médecin scolaire de l'éducation nationale comportant des éléments diagnostics et de suivi relatifs à la pathologie. Ce pli sera adressé à :**

Rectorat d'Aix-Marseille  
DIEC 3.05 Lucile BERNARDARA  
Place Lucien Paye  
13621 AIX EN PROVENCE CEDEX 1

Date, signature et cachet du médecin traitant :