Titre NOM

Proviseur du

Nom et adresse établissement

Téléphone : …

Mail : …@ac-grenoble.fr

Lieu, date

Au

Dr Identité du médecin prescripteur

Coordonnées du médecin prescripteur

Copie : parents de l’élève

Objet : Aptitude partielle, activité(s) adapté(s) proposée(s) pour l’examen du Baccalauréat ou CAP ou BEP

Docteur,

Vous nous avez transmis un certificat médical d’inaptitude partielle en date du date de rédaction du Certificat Médical, concernant NOM Prénom de l’élève, élève de Terminale dans mon établissement.

Compte tenu de votre avis et de la connaissance que nous avons de l’élève, je me permets de vous transmettre la proposition d’épreuves adaptées conçues par Titre Nom de l’enseignant enseignante d’EPS.

Épreuve adaptée 1 :

 …expliciter la ou les adaptations envisagées…

Épreuve adaptée 2 :

 …expliciter la ou les adaptations envisagées…

Épreuve adaptée 3 :

 …expliciter la ou les adaptations envisagées…

Cette / ces épreuves adaptées lui permettra / permettront de bénéficier d’une note comptant pour son examen, affectée d’un coefficient deux au premier groupe d’épreuves.

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur la pertinence de cette proposition au regard de l’aptitude partielle que vous avez formulée. Si des incompatibilités existent, nous souhaiterions que vous précisiez les éléments qui sont en cause afin de réagir et de permettre à NOM Prénom de l’élève, dans les plus brefs délais, de bénéficier de ses séances d’enseignement d’EPS et de se préparer aux épreuves du baccalauréat.

Dans l’attente de votre réponse, je vous prie, Docteur, de recevoir l’expression de nos salutations distinguées.

 L’enseignant d’EPS Le Proviseur