

**SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Le médecin cantonal  
 20, faubourg des Capucins  
 CH-2800 Delémont  
 t +41 32 420 51 33  
 f +41 32 420 51 21  
 medecin.cantonal@jura.ch

**DISPENSE MEDICALE POUR L'ÉDUCATION PHYSIQUE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	
<b>DEGRE SCOLAIRE :</b>	<b>CLASSE :</b>	
<b>ANNEE DE NAISSANCE :</b>	<b>MALADIE</b>	<b>ACCIDENT</b>

**Dispense totale**

L'élève doit être dispensé totalement d'éducation physique du.....au.....

**Dispense partielle**

L'élève doit bénéficier d'une activité physique adaptée du.....au.....

**Raison(s) de la dispense**

---



---

**Remarques :**

- Toute absence de plus de trois mois nécessite une nouvelle dispense au début et à la fin de la période dispensée, si possible avec consultation agendée.

- Il est possible de cocher plusieurs cases, c'est-à-dire d'avoir une succession de types de dispenses, tant que la temporalité est respectée.

- Pour la dispense partielle, les catégories d'exercices/d'activités sont à cocher à la page suivante. Le site de référence est [www.activdispens.ch](http://www.activdispens.ch).

**L'élève peut :**

*Endurance*

- marcher 20 à 30 minutes
- courir (course légère)
- nager (crawl, brasse, dos crawlé, brasse dorsale)
- faire un entraînement cardio-vasculaire (ex. vélo-ergomètre)

*Force*

faire des exercices de renforcement pour :

épaules	tronc	abdominaux	fessiers
bras	dos	jambes	pectoraux

*Coordination*

- effectuer des tâches de coordination complexes (jonglage à mains, à pieds)
- effectuer des exercices d'équilibre, de différenciation (dribble avec des balles différentes), de rythme, d'orientation dans l'espace

*Mobilité*

- effectuer des étirements (stretching)

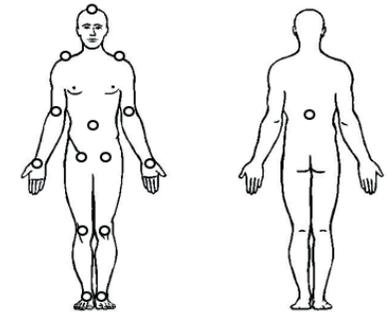
*Relaxation*

- effectuer des exercices de relaxation et de respiration

Jeux d'équipe

- participer à des jeux d'équipe

**Les parties du corps suivantes  
NE DOIVENT PAS être sollicitées :**



Observations/commentaires :

---



---



---

Au besoin, des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de la famille. Et sous réserve de l'accord du représentant légal (ou de l'élève en cas de majorité), le médecin se tient à disposition pour tout renseignement.

**Date :**

**Signature et tampon du médecin traitant :**