

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____

Certifie que Mme, Mr, l'enfant _____

Doit être dispensé d'éducation physique et sportive
Pendant _____ jours, à compter du _____

Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant _____

y compris en compétition.

Ne présente actuellement aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse.

est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant _____ jours à compter

Du _____ et ce jusqu'au _____

est malade. La présence de sa mère/son père est indispensable auprès de lui pendant _____ jours à compter du _____

Et ce jusqu'au _____

Signature et tampon

Du médecin

A Royan

Le _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____

Certifie que Mme, Mr, l'enfant _____

Doit être dispensé d'éducation physique et sportive
Pendant _____ jours, à compter du _____

Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant _____

y compris en compétition.

Ne présente actuellement aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse.

est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant _____ jours à compter

Du _____ et ce jusqu'au _____

est malade. La présence de sa mère/son père est indispensable auprès de lui pendant _____ jours à compter du _____

Et ce jusqu'au _____

Signature et tampon

Du médecin

A Royan

Le _____