



A : _____

Le : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que : Mr, Mme, _____

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du ou des sports

suivants : _____

y compris en compétition.

doit être dispensé d'éducation physique et sportive pour l'année scolaire _____.

doit être dispensé d'éducation physique et sportive pendant _____ mois, à compter du _____

Signature :