

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Ceriez

certifie après examen que*:

Mr, Mme, l'enfant

Nom, prénom: Emile Delobel

Né(e) le: _____

- Ne pourra fréquenter l'école pendant jours
du __ / __ / ____ jusqu'au __ / __ / ____ inclus
- Doit être dispensé d'éducation physique et sportive pendant jours
du __ / __ / ____ jusqu'au __ / __ / ____ inclus
- Nécessite la présence d'un parent pendant jours
à compter du __ / __ / ____ et ce jusqu'au __ / __ / ____
- Est en bonne santé et ne présente pas de signes de pathologie contagieuse
cliniquement décelable.
- Présente une non contre-indication cliniquement apparente à la pratique physique
et sportive en entraînement et compétition de/du : nom(s) du sport :
Natation

Fait à: _____

Le __ / __ / **27 AOUT 2020**

Signature et cachet du médecin

D^r Muriel CERIEZ
Médecine générale
32, avenue des Magnolias
59130 LAMBERGART
Tél. 03 20 93 49 42 - Fax 03 20 93 80 72
59 1 17 534 6

* Rayer les mentions inutiles