

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Ceriez

certifie après examen que* :

☐ Mr, ☐ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom: *Emmanuel Jelski*

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 Mischolias
59130 LAMBERSART
Tél. 03 20 93 49 42 - Fax 03 20 93 80 72
59 1 47 93 4