

# Certificat médical

délivré sur demande du patient et remis en main propre

à : ..... Wambrechies .....  
le : ..... 26.06.11 .....

Je soussigné, Docteur ..... HAPFREINGUE .....

Certifie, après examen, que : M., Mme, l'enfant ..... Benoît LOSUR .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique  
du sport suivant : ..... Triathlon .....

en compétition  oui  non

doit être dispensé d'éducation physique et sportive, pendant ..... jours

est exempt de piscine, pendant ..... jours

est apte, tant physiquement que psychologiquement, à être admis :

à l'école maternelle

en cours préparatoire

.....

est absent, ce jour, pour se rendre chez un médecin

ne pourra fréquenter l'école, le collège, le lycée pendant ..... jours

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

Nombre de cases cochées ..... 2

Signature



Cachet du médecin

Dr Hervé HAPFREINGUE  
451, Route de Quesnoy  
59118 WAMBRECHIES  
tel. 03.76.50.72 m. 061 453547

