

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Dr MONCHAUX

certifie après examen que* :



Mr,



Mme,



l'enfant

Nom, prénom :

PUCHOIS Paul

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 :

TRIATHLON
et course à
PIED

Fait à :

Le

Am
29/08/23

Signature et cachet du médecin

Dr Philippe MONCHAUX

9 Place de Marseille - 62000 ARRAS

N° ordre : 62 1 050 13 7

RPPS : 10002282027

* Rayer les mentions inutiles