

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

D^r MONCHAUX

certifie après examen que* :

Mr, Mme, l'enfant

Nom, prénom: PUNCHMOIS 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
course à
PIED

Fait à:

Le 29/08/93

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