

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

DOUËNEL Sophie

certifie après examen que* :

Mr, Mme, l'enfant

Nom, prénom : INSAPIEU Hansdeur

Né(e) le : 13/07/2002

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 :

sports de combat et arts martiaux

Fait à : Ferveau

Le 15/11/2019

Signature et cachet du médecin

Dr Sophie DOUËNEL-TRIVIÈRE

Le Griffon - ZAC de La Barque
13710 Ferveau - Tél/Fax : 04 42 51 12 08
13 1 19336 9

* Rayer les mentions inutiles

Sophie Douënel-Trivière