

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Dr Christian

certifie après examen que\* :

Mr,  Mme,  l'enfant

Nom, prénom: DAVID ARISTARQUE

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 :

Boxe USM

Fait à: WYLLI

Le 23/05/19

Signature et cachet du médecin

Dr Christian FEILL  
Médecin Généraliste  
11080 LUNEVILLE  
73 1 17260 3