

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