

# CERTIFICAT MÉDICAL

délivré sur demande du patient et remis en main propre

à : ROUSSET .....

le : 28.12.2015 .....

Je soussigné, Docteur JNIOUI Pauline .....

Certifie, après examen, que : M. Mme, l'enfant LEWOSTRE Stéphanie .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique

du sport suivant : SPORT & CONTRATS .....

en compétition  oui  non

doit être dispensé d'éducation physique et sportive, pendant ..... jours

est exempt de piscine, pendant ..... jours

est apte, tant physiquement que psychologiquement, à être admis :

à l'école maternelle

en cours préparatoire

.....

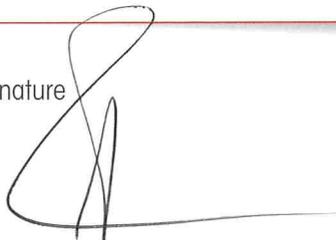
est absent, ce jour, pour se rendre chez un médecin

ne pourra fréquenter l'école, le collège, le lycée pendant ..... jours

est malade. La présence de sa mère/de son père est indispensable auprès de lui pendant ..... jours à compter du ..... / ..... / .....

Nombre de cases cochées .....

Signature



*Cachet du médecin*  
**Dr JNIOUI Pauline**  
Le Belvédère  
Chemin de la TULIERE  
13790 ROUSSET  
13 101 450 8