

Certificat Médical

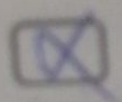
Soussigné Dr.....

Certifie que l'état de santé de l'élève.....

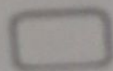
Date de naissance 06/06/2018 à.....

Demeurant à.....

Etablissement auquel il appartient.....



Apte à l'activité sportive



Inapte à l'activité sportive

Cause A compter du...../...../.....

Nom et signature du médecin

