

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

--	--	--	--	--	--

Année : .....

# CERTIFICAT MEDICAL

COPIE N° I

Je soussigné Dr .....

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

Date de naissance : .....

Demeurant : .....

Etablissement auquel il appartient : .....

Est :

1/  Apté à l'activité sportive  
 Inapte à l'activité sportive  
 A compter du : .....

2/  Apté à l'enseignement professionnel.  
 Inapte à l'enseignement professionnel  
 A compter du : .....

Le Médecin Scolaire

N.B. : Le certificat médical N° 1 sera remis à l'élève sous pli fermé dûment rempli et signé en vue

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

--	--	--	--	--	--

Année : .....

# CERTIFICAT MEDICAL

COPIE N° II

Je soussigné Dr .....

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

Date de naissance : .....

Demeurant : .....

Etablissement auquel il appartient : .....

Est :

1/  Apté à l'activité sportive  
 Inapte à l'activité sportive  
 A compter du : .....

2/  Apté à l'enseignement professionnel.  
 Inapte à l'enseignement professionnel  
 A compter du : .....

Le Médecin Scolaire

N.B. : Le certificat médical n° 2 sera conservé dans le dossier administratif de l'élève.