

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Thibault

certifie après examen que* :

☐ Mr, ☐ Mme, ☒ l'enfant

Nom, prénom: *Safya WBR*

Né(e) le: *28.16*

☐ 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 *1* jours (*le père*)
à compter du ___/___/___ et ce jusqu'au ___/___/___ *le 22 3 22*

☐ 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 :

Fait à: *Mez*

Le *22/3/22*

Signature et cachet du médecin

Dr Jean-François WALAS
01 - Généraliste - C
2, Rue des Bleuets - 57000 MEZ
57 1 04426 2 - ZT 24-K 1

* Rayer les mentions inutiles