

Docteur Pierre DUFOUR
12A, rue du parc
74100 ANNEMASSE
741014153

ANNEMASSE, le 17/03/15

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur Dufour

certifie que : Mr, Mme, l'enfant GILBERT Avoir

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

☒ Ne présente aucune contre - Indication apparente
à la pratique du sport suivant : Sports de disques, volants
avec compétition.

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

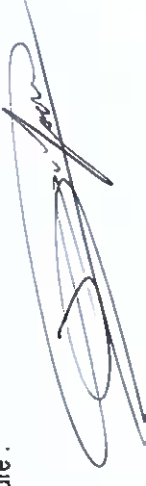
☐ Est apte à la vie en collectivité.

☐ Ne pourra fréquenter l'école pendant jours,
à compter du :

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

☐ Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de jours, à compter du inclus.

Signature :



Docteur Pierre DUFOUR
12A, rue du parc
74100 ANNEMASSE
741014153

Annemasse, le 17/03/15

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur Dufour
certifie que : M. Mme, l'enfant G. L. E. S. A. D. A. V. A. I. T.

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

☒ Ne présente aucune contre - indication apparente
à la pratique du sport suivant : Sports de disques, volants
avec compétition.

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

☐ Est apte à la vie en collectivité.

☐ Ne pourra fréquenter l'école pendant jours,
à compter du :

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

☐ Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de jours, à compter du inclus.

Signature :