

DOCTEUR THOMAS JEAN-ÉRIC  
01  
Conventionné hono. libras  
0143 R DE LONGCHAMP  
92200 NEUILLY S/SEINE Tél. 01 47 45 28 10  
92 1 03885 2 00 3 31 0 01  
CAB CONV ZID IK SPEC

Neuilly le 8/09/17

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur Thomas LAUREN  
certifie que : Mr, Mme, l'enfant

☐ Présente une inaptitude totale à la pratique de l'éducation physique et sportive.

☐ pour l'année scolaire  
☐ pour une durée de ..... à compter de ce jour

☐ Présente une inaptitude partielle à la pratique des sports suivants : .....

☐ pour l'année scolaire  
☐ pour une durée de ..... à compter de ce jour

☒ Ne Présente aucune contre-indication apparente à la pratique en compétition du sport suivant : Spk handball

☐ Présente actuellement des signes cliniquement décelables d'affection contagieuse et ne pourra fréquenter l'école pendant ..... jours à compter du .....

☐ Ne pourra fréquenter la crèche pendant ..... jours à compter du .....

☐ .....  
Signature :

DOCTEUR THOMAS JEAN-ÉRIC  
01  
Conventionné hono. libras  
0143 R DE LONGCHAMP  
92200 NEUILLY S/SEINE Tél. 01 47 45 28 10  
92 1 03885 2 00 3 31 0 01  
CAB CONV ZID IK SPEC

Neuilly le 8/09/17

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur Thomas LAUREN  
certifie que : Mr, Mme, l'enfant

☐ Présente une inaptitude totale à la pratique de l'éducation physique et sportive.

☐ pour l'année scolaire  
☐ pour une durée de ..... à compter de ce jour

☐ Présente une inaptitude partielle à la pratique des sports suivants : .....

☐ pour l'année scolaire  
☐ pour une durée de ..... à compter de ce jour

☒ Ne Présente aucune contre-indication apparente à la pratique en compétition du sport suivant : Spk handball

☐ Présente actuellement des signes cliniquement décelables d'affection contagieuse et ne pourra fréquenter l'école pendant ..... jours à compter du .....

☐ Ne pourra fréquenter la crèche pendant ..... jours, à compter du .....

☐ .....  
Signature :

☐ Nombre de cases cochées. ....