

# CERTIFICAT MEDICAL

DOCTEUR José CLAVERO

65, Rue du Théâtre

75015 PARIS

Tél : 01 45 77 25 77

n° id 75.1. 70930 4

Je soussigné, Docteur CLAVERO, certifie que

☐ Mr, ☐ Mme, ☐ Melle, ☐ l'enfant ..... *ALVAREZ ANTONIO* .....

☐ S'est présenté(e) à ma consultation le .....

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

☒ Ne présente, à ce jour, aucune contre-indication apparente  
à la pratique du sport suivant : ..... *COURSE A PIEDS  
EN COMPETITION* .....

☐ Ne présente, à ce jour, aucun signe cliniquement décelable  
d'affection contagieuse.

☐ Est apte à la vie en collectivité.

☐ Est à jour dans ses vaccinations.

☐ Doit garder la chambre et ne pourra fréquenter l'école  
pendant ..... jours, à compter du .....

☐ Est malade. La présence de sa mère ou de 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.

Paris, le ..... *31/10/2017* .....

Signature :

☒ Nombre de case(s) cochée(s).

