

☒ Nombre de cases cochées.

BOULEVARD STIMON WILSON
01 MEDICINE GENERALE
CONV HONO. LIBRES
54 RUE DES ARCHIVES
75004 PARIS
TEL. 01 48 87 21 10
CAB CONV ZIK
75 1 47 45 4 5
00 31 1
9 3

- ☐ du
- ☐ Ne pourra fréquenter la crèche pendant jours, à compter
- d'affection contagieuse et ne pourra fréquenter l'école pendant jours à compter du
- ☐ Présente actuellement des signes cliniquement décelables
- compétition du sport suivant : *Triathlon N. F. 1000*
- ☒ Ne Présente aucune contre-indication apparente à la pratique en
- ☐ pour l'année scolaire
- ☐ pour une durée de à compter de ce jour
- suivants :
- ☐ Présente une inaptitude partielle à la pratique des sports
- ☐ pour l'année scolaire
- ☐ pour une durée de à compter de ce jour
- physique et sportive.
- ☐ Présente une inaptitude totale à la pratique de l'éducation
- certifié que : Mr, Mme, l'enfant *Tim B. / m. a.*
- Je soussigné, Docteur *W. L. / m.*

CERTIFICAT MÉDICAL

Paris le 16/11/15

BOULEVARD STIMON WILSON
01 MEDICINE GENERALE
CONV HONO. LIBRES
54 RUE DES ARCHIVES
75004 PARIS
TEL. 01 48 87 21 10
CAB CONV ZIK
75 1 47 45 4 5
00 31 1
3 31 1