

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Gisele DELMAR

certifie après examen que* :

☐ Mr, ☒ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom :

HANSEN Sophie

Né(e) le :

14.07.1983

☐ 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

☐ Est en bonne santé et ne présente pas de signes de pathologie contagieuse cliniquement décelable.

☒ Ne présente aucune contre-indication à la pratique physique et sportive en entraînement et compétition de/du : nom(s) du sport :

FOOT FÉMININ

Gymnastique / RAIDS

MULTISPORTS

Fait à :

Paris

Le

8/6/2017

Signature et cachet du médecin

DOCTEUR GISELE DELMAR
01 - MÉDECINE GÉNÉRALE
84 RUE DE LA MARE
75008 PARIS
01 370412
Tél. 01 46 36 23 18
"CONVENTIONNÉ"
100% 1111
100% 1111