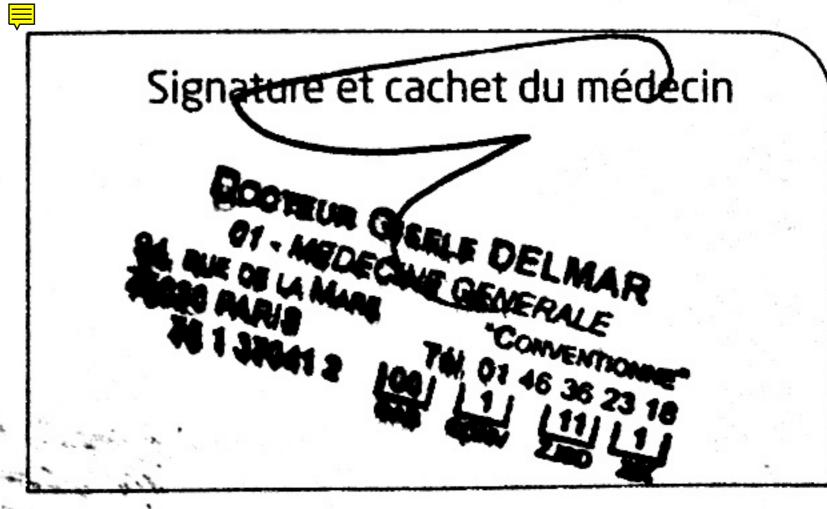
## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,
certifie après examen que* :
OMr. QMme, Ol'enfant  Nom, prénom: HAN SEN SOMP  Né(e) le: 14.07 1983
O Ne pourra fréquenter l'école pendant jours du/ jours
O 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 :  HOOT TEMINIC / GRUSE A PLEDS RAIX  Fait à : Pares  Le RIGI 2017



<sup>\*</sup> Rayer la mention inutile