

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que (nom, prénom) : Tagliente philippe

Date de naissance :

☐ Doit être dispensé(e) d'éducation physique et sportive, pendant jours

☒ Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant à ce jour :

course à pied

☒ Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant en compétition à ce jour :

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'infection contagieuse

☐ Est apte à la vie en collectivité

☐ Ne pourra pas fréquenter l'école/le collège pendant jours, à compter du

☐ Est malade. La présence de sa mère/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

☐ Présente un état vaccinal à jour

Cachet du médecin
Docteur Martine VOISIN
56 Rue du Maréchal Joffre
92700 COLOMBES
9210627660 / Tél. : 01 47 81 15 30

Date de l'examen : 12/10/17

Fait à : Coligny

Signature : 

Nombre de cases cochées :



la médecine fondée sur les preuves.