

CERTIFICAT MEDICAL

Délivré à la demande du patient et remis en
mains propres

A SAINT-DENIS

Le.....21/11/2017.....

Docteur GILET Marie
45 r. de la légion d'honneur
93200 Saint-Denis

93 1 09 278 7

Je soussignée, Dr GILET certifie après examen que

Mr, Mme, Melle, l'enfant.....RENAUDAT JOHANNA.....

- ☐ Ne pourra fréquenter la crèche du/..... au/..... inclus
- ☐ Ne pourra se rendre en cours du/..... au/..... inclu
- ☐ Ne pourra se rendre à la piscine du/..... au/..... inclu
- ☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive du/..... au/..... inclu
- ☒ Ne présente aucune contre indication apparente à la pratique du sport
suivant : COURSE A PIED , y compris en compétition
- ☐ Est malade, la présence de son père / sa mère est indispensable à son
chevet du/..... au/..... inclu
- ☐ Est apte, tant physiquement que psychologiquement à être admis
...../..... / à exercer la profession de
- ☐ peut être admis en collectivité à partir du/...../.....
- ☐ Est absent(e) ce jour pour se rendre chez son médecin.
- ☐ Est enceinte depuis le/...../....., allaite jusqu'au/...../.....

Nombre de cases cochées : 1

Docteur MARIE GILET
45 RUE DE LA LÉGIION D'HONNEUR
93200 SAINT-DENIS
TÉL. 01 45 20 15 39
93 1 09 278 7 01 11 11 11
Dr (Pizzotti
de Rouple).