

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

**Dr LEBAYLE Pierre-Marc**  
Médecin généraliste agréé

certifie après examen que\* :

☒ Mr, ☐ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom: Nathan BOUVIER

Né(e) le: \_\_\_\_\_

☒ Ne pourra fréquenter l'école pendant un jours  
du 10 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ jusqu'au 20 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive pendant \_\_\_\_\_ jours  
du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

☐ Nécessite la présence d'un parent pendant \_\_\_\_\_ jours  
à compter du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ et ce jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_


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

☐ Présente une non contre-indication cliniquement apparente à la pratique physique  
et sportive en entraînement et compétition de/du : nom(s) du sport :

Fait à: \_\_\_\_\_

Le 20 / 02 / 2020

**Dr Pierre-Marc LEBAYLE**  
MEDECINE GENERALE MEDECINE DU SPORT  
OSTEOPATHIE et MEDICINE MANUELLE  
48, cours Jean Jaurès  
38000 GRENOBLE  
Tel 78 87 00 99



\* Rayer les mentions inutiles