

Docteur Laurence DRILLON-REGENT
01.MEDECINE GENERALE CONVENTIONNEE
10 Rue des Bosquets
54300 LUNEVILLE
54 1 050373
RPPS : 10003807517

0011201101
CAB CONV ZIP IK SPE

A Mme

Le 09/02/2023

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur Laurence Drillon-Regent

Certifie que : Mr, Mme, l'enfant ROBERT Baptiste

☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive

Pendant _____ jours, à compter du _____

☐ Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente

à la pratique du sport suivant _____

☐ y compris en compétition.

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

☐ Est apte à la vie en collectivité.

☒ Ne pourra fréquenter l'école pendant deux jours
à compter du 09/02/23 et ce jusqu'au 10/09/2023

☐ Est malade. La présence d'un des parents/personne assumant la charge de l'enfant

est indispensable auprès de lui pendant _____ jours,

à compter du _____ et ce jusqu'au _____

Signature

Nombre de cases cochées

☒