

**Dr F. MORGENSZTEJN**

Médecine Générale

75 1 626 34 2

75, rue du Javelot - 75013 PARIS

Tél. : 01 45 83 25 50

le 22 12

2023

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné, Docteur

certifie que : M, M<sup>me</sup>, l'enfant HASONGI

☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive, pendant  
..... jours.

☐ Ne présente aucune contre-indication apparente à la  
pratique du sport suivant : .....

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement déce-  
lable d'affection contagieuse.

☐ Est apte à la vie en collectivité.

☒ Ne pourra fréquenter l'école pendant 07 jours, à compter  
du 22 12 2023

☐ Est malade. La présence de sa mère / son père est indis-  
pensable auprès de lui pendant ..... jours, à compter  
du .....

☐ Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail de .....  
jours, à compter du ..... inclus.

Signature :

Signature :

☐ Nombre de cases cochées : 1