



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

GOUBET ISABELLE

certifie après examen que* :

☒ Mr, ☐ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom: HUNOLD BENJAMIN

Né(e) le:

☒ n'a pas pu l'école

☒ Ne pourra fréquenter l'école pendant 1 jours le mardi
du ___/___/___ jusqu'au ___/___/___ inclus 10 mars 2020

☐ 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: Grenoble

Le 10/3/2020

Signature et cachet du médecin

Docteur Isabelle GOUBET
5 Rue de Palanka
38000 GRENOBLE
38 1 03 92 13

* Rayer les mentions inutiles