

2 Place des 7 Fontaines
95150 TAVERNY
Tél. 01.30.40.12.12

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné,
Docteur *Lesalles*

certifie avoir examiné l'enfant ... *Nguyen Loan*

Son état de santé :

- ☐ justifie la présence de son père/ sa mère
auprès de lui du au } inclus
- ☒ nécessite son éviction de l'école / la crèche
du ... *04/01/22* ... au ... *12/01/22* ... inclus
- ☐ le dispense d'éducation physique et de la pratique de sport
du au } inclus
- ☐ nécessite le repos au lit
pendant jours
- ☐ ne présente aucun signe d'affection contagieuse, et l'autorise à être
réintégré en collectivité, à l'école ou à la crèche.
- ☐ ne présente pas de signe clinique contre-indiquant la pratique
des sports suivants :

Docteur Cédric LESALLES
SOS MEDECINS VAL D'OISE
2, Place des 7 Fontaines
95150 TAVERNY
Tél: 01 30 40 12 12

951125665
RPPS 10004426002

Nombre de cases cochées :

Date : ... *04/01/22*

Signature

[Signature]