

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Dr BRUN François

certifie après examen que* :

☒ Mr, ☐ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom: KOPCZYNSKI K. Ugo

Né(e) le: _____

☒ Ne pourra fréquenter l'école pendant 5 jours
du 18/3/22 jusqu'au 23/3/22 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: Grenoble

Le 18/3/22

Signature et cachet du médecin

Dr BRUN François
2 Av. Jean Perrot
38100 GRENOBLE
38 1 66 14 15

* Rayer les mentions inutiles