

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

DR MC CAUT

certifie après examen que*:

☐ Mr, ☐ Mme, ☐ l'enfant

Nom, prénom: Frait Maxime

Né(e) le: _____

☐ Ne pourra fréquenter l'école pendant _____ jours
du __/__/____ jusqu'au __/__/____ 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.

☒ Ne présente pas de contre-indications cliniquement apparentes à la pratique physique
et sportive en entraînement et compétition de/du :

nom(s) du sport: Course à pied en compétition.

Fait à: _____

27/9/24

Signature et cachet du médecin

Docteur MC CAUT - POITOUT

64, Rue de l'Allée

84380 MAZAN

Tél: 04.90.69.63.15

N° ADELI 84 10 29 92 9

* Rayer les mentions inutiles