

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine, *LAMBERT Philippe*

certifie après examen que* :

☐ Mr. *Amel* ☐ L'enfant

Nom, prénom : *CENDRE Elina*

Né(e) le : *17/06/2003*

☐ 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
du ... / ... / jusqu'au ... / / inclus

☐ 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 : *Course à pied*

Fait à : ... *SAINT-ETIENNE*

Le *02/10/2024*

Signature et cachet du médecin
Docteur Ph. LAMBERT
13, place de l'Hôtel de Ville
42000 SAINT-ETIENNE
42 1 0 3392 9