

# Certificat médical

délivré sur la demande du patient et remis en mains propres

cachet du médecin

Docteur René TROLLIET  
01 GÉNÉRALISTE CONVENTIONNÉ  
Place du Labourd - 64240 HASPARREN  
64 1 02599 4 10J 11J 12J 13J

à : *H. Hasparren*

le : *03/04/2017*

Je soussigné, Docteur *TROLLIET*

certifie, après examen, que : Mr, Mme, l'enfant *PENNERO René*

☒ présente, ce jour, une absence de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport  
suivant : *T.C.A.S.*

☐ doit être dispensé d'éducation physique et sportive, pendant ..... jours

☐ est exempt de piscine, pendant ..... jours

☐ est apte, tant physiquement que psychologiquement, à être admis : ☐ à l'école maternelle

☐ en cours préparatoire

☐ est en bonne santé, ne présente pas de signe de maladie contagieuse cliniquement décelable  
et peut être admis en collectivité à compter du ...../...../.....

☐ est absent, ce jour, pour se rendre chez son médecin

☐ ne pourra fréquenter l'école, le collège, le lycée, pendant ..... jours

☐ est malade. La présence de sa mère / de son père est indispensable auprès de lui  
pendant ..... jours à compter du ...../...../..... inclus

☐ présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail de ..... jours,  
à compter du ...../...../..... inclus

Nombre de cases cochées *1*

Signature