

# CERTIFICAT MÉDICAL

**À faire compléter par le médecin traitant**

Je soussigné(e), Docteur

.....,

certifie avoir examiné :

**Nom et prénom de l'élève :** .....

**Date de naissance :**

.....

**Cocher les cases correspondantes :**

Doit être dispensé(e) d'Éducation Physique et Sportive (EPS) pendant :

..... jour(s) / semaine(s) / mois

Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

Est apte à la vie en collectivité.

Vaccinations à jour.

**Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :** ..... / ..... / .....

---

**Nombre de cases cochées :** .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Cachet et signature du médecin :**