



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'élève :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

N'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) est apte à la pratique des sports équestres.

A....., le .....20

Signature et cachet du médecin :



**Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricoles**  
Lycée Agricole (LEGTA) – Centre de formation d'apprentis (CFAA) – Centre de formation pour adultes (CFPPA)  
Route de Levie – 20100 SARTENE



Tél. Standard : 04 95 77 09 76 Fax : 04 95 73 46 33 Tél CFAA/CFPPA : 04 95 77 06 42  
Courriel : [eplefpa.sartene@educagri.fr](mailto:eplefpa.sartene@educagri.fr) CFAA : [cfa.sartene@educagri.fr](mailto:cfa.sartene@educagri.fr)  
Lycée : [legta.sartene@educagri.fr](mailto:legta.sartene@educagri.fr) CFPPA : [cfppa.sartene@educagri.fr](mailto:cfppa.sartene@educagri.fr)