



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 participer aux travaux pratiques agricoles.

A....., le20

Signature et cachet du médecin :