



## 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....., le .....20*

*Signature et cachet du médecin :*