

CERTIFICAT MEDICAL

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

NOM : Prénom :
.....

Né(e) le à
.....

Est apte à la pratique sportive et en particulier aux sports suivants :

- Football
- Musculation
- Handball

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 : leplepa.sartene@educagri.fr CFAA : cfa.sartene@educagri.fr
Lycée : legta.sartene@educagri.fr CFPPA : cfppa.sartene@educagri.fr