



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 du sport dans le cadre de l'UNSS.

A....., le20

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