

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.

Fait à.....,Le20....

Signature et cachet du médecin