

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE,

Docteur en médecine, certifie que l'élève :

NOM :

Prénom :

Né(e) le.....

à

Est apte à la pratique sportive

APTE

INAPTE

Précisez : Inaptitude Totale

**Inaptitude Partielle (Ponctuelle (moins de 3
mois) ou Permanente (plus de 3 mois))**

Motifs

Fait à....., le20

Signature et cachet du médecin :