CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU SPORT SCOLAIRE

Je soussigné(e), ...

Docteur en médecine certifie avoir examiné

NOM : .....

Prénom **:** .....

né(e) le .....

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : **INSTITUT CHARLES QUENTIN** Lycée Privé d'Enseignement Général et Technologique Agricole **60350 PIERREFONDS**, et n'avoir constaté à ce jour aucun signé clinique apparent contre indiquant la pratique du sport scolaire.

Fait à ..... le .....