



# Lycee Bonaparte



## MEDICAL CERTIFICAT OF ABILITY TO PRACTICE SPORT

The undersigned Dr ..... licensed physician

At ..... , on the basis of a medical visit undergone

On date ...../...../...../ certifies that:

**Name** ..... **Surname**.....**Date of birth:** ...../...../...../ **QID:**.....

Is fit for practicing sport activities for the 2021-2022 school year.

## Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique

Je soussigné(e), .....Médecin

Exerçant à .....

Certifie avoir examiné M. / Mme/ Mlle.....

Né(e) le ..... QID.....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique sportive de loisir et de compétition. Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé.

Date : ...../...../...../

Signature