



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 2024-2025 school year.

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

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