



Lycée Bonaparte



MEDICAL CERTIFICAT OF ABILITY TO PRACTICE SPORT–SCHOOL YEAR 2025–2026

I, the undersigned, Dr.....

Practicing at.....

Hereby certify that I have examined Mr. / Mrs. / Miss

Born on – QID:

And attest to the absence of any medical contraindication to the practice of sport, whether for
Recreational or competitive purposes, for the 2025–2026 school year.

**CERTIFICAT MEDICAL D’ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT – ANNEE
SCOLAIRE 2025-2026**

Je soussigné(e), Drmédecin

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 du sport, tant en loisir qu’en
Compétition, pour l’année scolaire 2025-2026.

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

Signature