



Lycée Bonaparte



MEDICAL CERTIFICAT OF ABILITY TO PRACTICE SPORT–SCHOOL YEAR 2026–2027

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 2026–2027 school year.

**CERTIFICAT MEDICAL D’ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT – ANNEE
SCOLAIRE 2026-2027**

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 2026-2027.

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

Signature