

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

certifie après examen que :

☐ M. ☐ Mme ☐ L'enfant

Nom, prénom : CROIZARD Roman

Né(e) le : 04-09-2013

☐ Ne pourra fréquenter l'école pendant jours
à compter du ___/___/___ et jusqu'au ___/___/___ inclus

☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive pendant jours
à compter du ___/___/___ et jusqu'au ___/___/___ inclus

☐ Nécessite la présence d'un parent pendant 1 jours
à compter du 18/02/2025 et jusqu'au ___/___/___ inclus

☐ Est en bonne santé et ne présente actuellement aucun signe cliniquement
décelable d'affection contagieuse.

☐ Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente à la pratique
du sport suivant :
☐ y compris en compétition.

Fait à : AIGRE

Le 18/02/2025

Nombre de mentions cochées

1

Signature et cachet du médecin

Docteur Cynthia RIEUTORD
01 - Médecine Générale
2A, rue Traslefour - 16140 AIGRE
Tél. : 05 45 21 22 91
16 1 01845 2 0 1 20 1