

**DR JUDITH LOUIS MANSOUR**  
1 rue Albert Frilley  
14370 ARGENCES  
Tél. 02 31 23 69 87  
14.1.03955.2

A \_\_\_\_\_

*Argence*

Le \_\_\_\_\_

*16/3/17*

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur

*Mansour*

Certifie que M, Mme, l'enfant

*Stephane Vuane*

Doit être dispensé d'éducation physique et sportive

Pendant \_\_\_\_\_ jours, à compter du \_\_\_\_\_

Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente

à la pratique du sport suivant *Course à pied*

y compris en compétition.

Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

Est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant \_\_\_\_\_ jours

à compter du \_\_\_\_\_ et ce jusqu'au \_\_\_\_\_

Est malade. La présence de sa mère/son père

est indispensable auprès de lui pendant \_\_\_\_\_ jours.

à compter du \_\_\_\_\_ et ce jusqu'au \_\_\_\_\_

Signature

*JM*

Nombre de cases cochées