



CERTIFICAT MÉDICAL

D'INAPTITUDE MÉDICALE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné, certifie avoir examiné l'élève :

NOM Prénom : Né(e) le :

Examen :

- Baccalauréat Technologique
- Baccalauréat Général
- Brevet de Technicien Supérieur

et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE :

TOTALE du au

ou

PARTIELLE du au

Date, Signature et Cachet du médecin



CERTIFICAT MÉDICAL

D'INAPTITUDE MÉDICALE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné, certifie avoir examiné l'élève :

NOM Prénom : Né(e) le :

Examen :

- Baccalauréat Technologique
- Baccalauréat Général
- Brevet de Technicien Supérieur

et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE :

TOTALE du au

ou

PARTIELLE du au

Date, Signature et Cachet du médecin