CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), ……, Médecin,

Certifie avoir examiné :

Nom : …… Prénom : ……

Né(e) le : …… à : ……

Demeurant à : ……

……

et ne pas avoir constaté de contre-indications médicales à la pratique des activités physiques et sportives y compris en compétition.

Cet étudiant présente-t-il une prise en charge ou un traitement médical régulier et/ou au long cours

☐ OUI ☐ NON

L'intéressé(e) est-il à jour de ses vaccinations ? ☐ OUI ☐ NON

Fait à …… le ……

Signature et cachet obligatoire du médecin :

IMPORTANT :

L'étudiant doit conserver une copie de ce certificat dans le cadre d'une éventuelle inscription auprès du SUAPS. Aucune photocopie ne sera délivrée par le service de la scolarité.