

CERTIFICAT MÉDICAL SCOLAIRE

Certificat scolaire · Évaluation médicale / Absence

Dr : _____ N° RPPS : _____

Entreprise / Service de santé au travail : _____ Tél. : _____

CERTIFIÉ AUX FINS SCOLAIRES

Élève : _____ Date de naissance : _____

École / Établissement : _____ Classe / Niveau : _____

Parent / Responsable légal : _____

ÉVALUATION MÉDICALE :

Date de consultation : _____ Absence justifiée du : _____ Reprise des cours : _____

APTITUDE / RECOMMANDATION SCOLAIRE :

☐ Apte à suivre les cours ☐ Repos temporaire ☐ Temporairement inapte à suivre les cours ☐ EPS limitée / dispense temporaire

INDICATIONS MÉDICALES / RECOMMANDATIONS :

Le présent certificat est établi à : _____

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____

Signature et cachet du médecin