

## CERTIFICAT MÉDICAL SELON LE QUESTIONNAIRE MÉDICO-SPORTIF

Je, soussigné-e certifie avoir examiné en date du : \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

\_\_\_\_\_

Et le (la) déclare :

Apte à \_\_\_\_\_ **sans restriction**

Apte aux conditions suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inapte

Lieu et date :

Timbre et signature du médecin (du sport)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse et téléphone du médecin :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ce certificat est à joindre au dossier d'inscription ou à la demande de maintien au concept « Sports-Arts-Études » dans la scolarité obligatoire (SAE-EO).**