



Certificat Médical d'aptitude à la scolarité

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie avoir examiné ce jour:/...../.....

Nom : _____ Prénom : _____

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la scolarisation de l'intéressé(é).

Observations :.....
.....
.....

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Cachet et signature du Médecin