

Avenue Edouard Herriot
13210 Saint Rémy de Provence

Année scolaire 2022/2023

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie que l'élève :

NOM :Prénom :

Scolarisé(e) en filière :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AP
(Aménagements Paysagers) | <input type="checkbox"/> GMNF
(Gestion des Milieux Naturels et de la Faune) |
| <input type="checkbox"/> SAPAT
(Services à la Personne et aux Territoires) | <input type="checkbox"/> CPH
(Conduites de Productions Horticoles) |

Né(e) le :à :

- * n'est atteint (e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui,
- * qu'il (elle) est apte à participer aux travaux pratiques,
- * qu'il (elle) est apte à suivre les cours d'Education Physique (dans le cas contraire fournir un certificat médical de dispense).
- * qu'il est apte à conduire des engins à conducteurs portés. Il a subi des tests sonores et visuels et y a répondu positivement (pour l'obtention du Certificat d'Aptitude à la Conduite En Sécurité (CACES)).

A....., le

Signature et cachet du médecin

* A cocher