

DOCUMENT N° 3 : CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e),, Docteur en médecine, certifie que l'apprenti(e) :

NOM :Prénom :

né(e) leà

Est apte
Est inapte * À la pratique de l'éducation physique et sportive (1)

* En cas d'inaptitude de longue durée, fournir un certificat de la médecine du travail.

A....., le

(1) Rayer la mention inutile..