

ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE

(A compléter par le médecin de famille)

Je soussigné(e) (1) :

Docteur en médecine, certifie que M. ou Mme (2) :

.....

Est physiquement APTE à suivre les enseignements professionnels et technologiques.

Cachet du médecin

A

Signature du médecin :

(1) mentionner le nom et prénom du médecin traitant

(2) mentionner le nom et prénom de l'élève