

**DR PASCAL BERDAL**

.07 - Conventionné hono. Libres

5 avenue FOCH

94100 Saint-Maur des Fossés

94 1 07657 2

03 31 03

TEL. 01 45 85 16 63

à Saint-Maur le 26/3/12

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné, Docteur ...  
certifie que : Mr, Mme, l'enfant .....

*Berdal  
Flamin REVET*

- Doit être dispensé d'éducation physique et sportive, pendant ..... jours.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant : .....
- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.
- Est apte à la vie en collectivité.
- Ne pourra fréquenter l'école pendant ..... jours à compter du 26/3/12 19
- Est malade. La présence de sa mère / son père est indispensable auprès de lui pendant ..... jours, à compter du .....
- Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail de ..... jours, à compter du .....inclus.

Signature :

*[Signature]*

1 Nombre de cases cochées.