

Dr Pascal BERDAL

07 - Conventionné hono. Libres

5, avenue Foch

94100 SAINT MAUR DES FOSSÉS

94 1 07657 2 [0] [3] [31] [0]  
CAB CONV ZISD IK

Tél. : 01 48 85 16 83

Saint-Maur, le .....

## CERTIFICAT MÉDICAL

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

- 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 .....
- 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 :

- Nombre de cases cochées.