

Année scolaire 2019-2020

**Certificat médical à remplir par le médecin de famille
(À rendre sous pli fermé)**

À qui de droit

Je soussigné
certifie après examen que

Prénom **Nom** **Classe de**

Date de naissance **Groupe sanguin**

Prénom du père **Prénom de la mère**

est en parfait état de santé et ne présente aucune maladie contagieuse ni invalidante.

Dernières vaccinations : (veuillez joindre une copie du carnet de vaccination)

- dernier rappel de diphtérie, tétanos et polio :
- dernier test d'IDR à la tuberculine : Résultat
- ROR : 1^{ère} dose 2^{ème} dose
- dernier rappel de l'hépatite B :

Antécédents et examen clinique

1. Antécédents médicaux et chirurgicaux

.....
.....
.....

2. Maladie chronique ou traitement à long terme actuellement suivi

.....
.....
.....

3. Allergie connue

- médicaments.....
- aliments.....
- asthme.....
- autre (s).....

Si oui, veuillez nous informer du traitement en cas de crise :

- médicaments..... - dose

4. Examen clinique :

- poids
- taille
- ORL
 - vision
 - audition
- appareil cardio vasculaire
 - souffle cardiaque
 - troubles du rythme
- appareil respiratoire
- appareil locomoteur
- autres

5. Aptitude au sport

- ☐ apte
- ☐ inapte temporairement : durée.....
raisons
- ☐ précautions à prendre.....

Date :

Signature et cachet du médecin