



COLLEGE SAINT JOSEPH – SEGRE - Tel : 02.41.94.73.50
Année scolaire 2024/2025

**CERTIFICAT MEDICAL à compléter uniquement en cas d'inaptitude
et à remettre au professeur titulaire le jour de la rentrée scolaire**

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

Certifie avoir examiné l'enfant :

Nom : _____ Prénom _____ né(e) le : _____

inscrit(e) sur les registres du collège Saint Joseph de Segré en classe de : _____

et déclare que celui-ci est :

inapte total

inapte partiel

Nature de l'inaptitude : _____

à l' **EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Fait à _____ le _____

**CACHET
DU
MEDECIN**

SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT :

Toutes les données personnelles demandées sont traitées en conformité avec le RGPD. Politique de l'établissement à consulter sur le site.



COLLEGE SAINT JOSEPH – SEGRE - Tel : 02.41.94.73.50
Année scolaire 2024-2025

**CERTIFICAT MEDICAL à compléter uniquement en cas d'inaptitude
et à remettre au professeur titulaire le jour de la rentrée scolaire**

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

Certifie avoir examiné l'enfant :

Nom : _____ Prénom _____ né(e) le : _____

inscrit(e) sur les registres du collège Saint Joseph de Segré en classe de : _____

et déclare que celui-ci est :

inapte total

inapte partiel

Nature de l'inaptitude : _____

à l' **EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Fait à _____ le _____

**CACHET
DU
MEDECIN**

SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT :

Toutes les données personnelles demandées sont traitées en conformité avec le RGPD. Politique de l'établissement à consulter sur le site.