



COLLEGE SAINT JOSEPH – SEGRE - Tel : 02.41.94.73.50

Année scolaire 2025/2026

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

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

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

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.