



**LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET TECHNOLOGIQUE AGRICOLE
DE CROIX RIVAIL**

CERTIFICAT MÉDICAL

À remplir par le Médecin traitant

Je soussigné(e), _____ Docteur en
médecine, certifie que l'élève :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _ _ / _ _ / _ _ _ _ à _____

- N'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) est apte à participer aux travaux pratiques agricoles.

À _____ Le _____

Signature et cachet du Médecin