

ETABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE
FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLE
LEGTA DE CROIX-RIVAIL – CFAA DE MARTINIQUE – CFPPA DU
CARBET – CFPPA DE RIVIERE-PILOTE - EXPLOITATION AGRICOLE
DE CROIX-RIVAIL
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'apprenant :

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