

**Certificat médical d'aptitudes physiques et psychologiques à la**  
**scolarisation**

Je soussigné, Docteur ....., certifie que l'état de santé physique et  
psychologique de l'enfant (Nom) : ..... (Prénom) : .....  
Né le ..... à :

- Ne présente aucun signe clinique apparent contre-indiquant la vie en classe.
- Ne présente aucune affection contagieuse ou chronique cliniquement décelable.

Observations:

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

Cachet et signature du médecin :

Date : ..... / ..... / 2020