



GROUPE AL MAKRIZI POUR L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ

مجموعة المقریزی للتعليم الخاص

CERTIFICAT MEDICAL (A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE L'ENFANT)

Je soussigné, Docteur -----

Certifie que l'enfant :

Nom :Prénom :-----

Né (e) le :taille :.....poids :.....groupe sanguin :.....

Acuité auditive.....Acuité visuelle.....

- est apte - inapte - à suivre les séances d'éducation physique et sportive, d'expression corporelle.

- ne présente aucune affection contagieuse ou chronique décelable (sinon, lesquelles) : --

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

1) Antécédents : médicaux : -----

- Chirurgicaux : -----

-Nécessitant un traitement au long cours : -----

2) Noms des médicaments auxquels l'enfant est allergique :

3) Difficulté (s) ou handicap (s) connu (s)-----

4) L'enfant fait-il une (des) allergie (s) alimentaires (s) ?

5) Laquelle (lesquelles) ?

Fait àle,.....