

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE

**pour suivre la formation Universitaire de Licence
en *Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives***

***A déposer au centre de calcul, campus Aboudaou,
au plus tard le 13/08/2017 à 15H***

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné Mme, M.

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : à

et déclare (*) qu'il (elle) est (**apte** ou **inapte**) pour suivre la formation
Universitaire de Licence en *Sciences et Techniques des Activités Physiques et
Sportives*.

Autres (à préciser) :

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

Fait le/...../2017

Le Médecin

Cachet, griffe et signature

.....

(*) A effectuer, si nécessaire, un examen médical approfondi.