CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE

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

à déposer au centre de calcul, campus Aboudaou,
du 08 au 12/08/2018(15H)

Je soussigné, Docteur …….

certifie avoir examiné Mme, M.

Nom : ……

Prénom : …….

Date et lieu de naissance : …… à …….

et déclare, après un examen médical approfondi, qu'il (elle) est …… (**apte** ou **inapte**) physiquement pour suivre la formation universitaire de *"Licence en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives*".

Autres (à préciser) : ……

……

……

Fait le ……../……../2018

Le Médecin

Cachet, griffe et signature

…….