



Année scolaire 2017-2018

**Certificat médical à remplir par le médecin de famille**  
(À rendre sous pli fermé)

À qui de droit

Je soussigné .....  
certifie après examen que

Prénom ..... Nom ..... Classe de.....

Date de naissance ..... Groupe sanguin.....

Prénom du père..... Prénom de la mère.....

est en parfait état de santé et ne présente aucune maladie contagieuse ni invalidante.

**Dernières vaccinations :**

- anti diphtérique, tétanos, coqueluche et polio.....
- anti hémophilus .....
- ROR .....1<sup>ère</sup> dose..... 2<sup>ème</sup> dose.....
- dernier test d'IDR .....Résultat.....
- B.C.G. ....
- anti hépatite B .....
- anti hépatite A .....
- anti typhoïdique Vi .....
- anti varicelle .....
- anti méningococcique.....
- Anti pneumococcique.....
- autres vaccins .....

## Antécédents et examen clinique

### 1. Antécédents médicaux et chirurgicaux

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

### 2. Maladie chronique ou traitement à long terme actuellement suivi

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

### 3. Allergie connue

- médicaments.....
- aliments.....
- asthme.....
- autre (s).....

Si oui, veuillez nous informer du traitement en cas de crise :

- médicaments..... - dose .....

### 4. Examen clinique :

- poids .....
- taille .....
- ORL .....
  - vision .....
  - audition .....
- appareil cardio vasculaire .....
  - souffle cardiaque .....
  - troubles du rythme .....
- appareil respiratoire .....
- appareil locomoteur .....
- autres .....

### 5. Aptitude au sport

- apte .....
- inapte temporairement : durée.....  
raisons .....
- précautions à prendre.....

Date : .....

Signature et cachet du médecin