

Partie à pré-remplir par l'étudiant/ To be completed by the student

<input type="checkbox"/> BBA <input type="checkbox"/> ESDHEM	<input type="checkbox"/> PGE 1 ^{ère} année L3	<input type="checkbox"/> MSc
	<input type="checkbox"/> PGE 2 ^{ème} année M1 <input type="checkbox"/> MSC 2 years	<input type="checkbox"/> MS / 3 ^e cycles
	<input type="checkbox"/> PGE 3 ^{ème} année M2	<input type="checkbox"/> Autre _____

CERTIFICAT MEDICAL/ MEDICAL CERTIFICATE

Je soussigné(e), Docteur | _____ |
I, the undersigned, Doctor

Après avoir examiné Melle ou Mr / *having examined Ms or Mr*

NOM _____ <i>Last Name</i>
Prénom _____ <i>First Name</i>
Né(e) le ____/____/____ <i>Date of birth</i>

Certifie / Hereby certify :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique sportive:

y compris en compétition / that there is no apparent medical reason why the student should not do sport, including at competition level.

Doit être dispensé de sport ou d'éducation physique et sportive pendant _____ jours, à compter du _____ / Should be excused from sport or physical education for _____ days, starting from _____

Date :
Cachet & signature / Stamp & signature :