



LYCÉE MÉDITERRANÉEN

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné l'élève :

Nom : .....

Prénom : .....

N° C.N.I : .....

Et déclare qu'elle/il,

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté :

.....

- Ne présente actuellement aucun signe d'affections contagieuses.

Examen radiologique	Radio pulmonaire	
Examens sanguins	NFS	
	Glycémie à jeun	



LYCÉE MÉDITERRANÉEN

Examen parasitologique/Bactériologique	Examen parasitologique des selles	
	Examen bactériologique des selles (coproculture)	
	Analyse bactériologique des sécrétions broncho-pulmonaires	

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie...	
---	--

Elle/Il est en conséquence (apte) (inapte) à vivre en collectivité à l'internat du Lycée Méditerranéen LYMED.

Fait à ....., le .....