

**Attestation du/de la pédiatre ou
du médecin de famille**

Par la présente, je confirme que

- j'ai effectué
- je vais effectuer, le (date) :

l'examen médical scolaire de

Nom et prénom de l'enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Classe

École

Nom et prénom des responsables légaux

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Prénom

Adresse

Lieu et date

.....
Cachet et signature du médecin