

N/REF : AG/DB//18

OBJET : DOCUMENT A COMPLETER POUR TOUTE EXEMPTION DU COURS D'EDUCATION PHYSIQUE SUPERIEURE A 4 SEMAINES.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT:

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifié
avoir examiné et
avoir constaté qu'il (elle) est atteint(e) de
..... (Diagnostic aussi précis
que possible de la nature et de la gravité de l'affection).

Cette affection justifie l'exemption - O du cours d'éducation physique
- O de la natation

du au

Cachet du médecin

Fait à le

IDENTIFICATION DE L'INTERESSE(E)

NOM:

PRENOM:

Date de naissance:

Adresse:

Etablissement scolaire:

Classe:

Après réception de ce document, l'intéressé(e) sera revu(e), si nécessaire, au Service P.S.E. lors
d'un examen sélectif.

CONCLUSIONS DE L'EXAMEN:

Document à renvoyer au:
Médecin Responsable du Service P.S.E.
24, rue de Crayencour à 6030 Marchienne-au-Pont

CONTACT

Débora BERGER
Assistante administrative
Au Service Promotion
de la Santé à l'école
debora.berger@charleroi.be

Rue de Crayencour, 24
6030 Marchienne au Pont
T. 071/86.56.60 - 51
F. 071/86.56.72