ne.ch
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE NEUCHÂTEL

SERVICE DES FORMATIONS
POSTOBLIGATOIRES ET DE L'ORIENTATION
OFFICE DES APPRENTISSAGES

SPORTS-ARTS-APPRENTSSAGE (SAA)

CERTIFICAT MÉDICAL SELON LE QUESTIONNAIRE MÉDICO-SPORTIF

Je, soussigné-e certifie avoir examiné en date du : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Et le (la) déclare :

O Apte à _____ **sans restriction**

O Apte aux conditions suivantes : _____

_____

_____

O Inapte

Lieu et date : _____

Timbre et signature du médecin (du sport) _____

Adresse et téléphone du médecin : _____

_____

_____

Ce certificat est à joindre au dossier d'inscription ou à la demande de maintien au concept « Sports-Arts-Apprentissage »