Certificat médical d'absence scolaire

Je, soussigné Docteur.....
Exerçant à *(adresse)*.....
certifie avoir examiné ce jour l'enfant / Mme / M.....
Né.e le ...../...../.....

Et d'avoir constaté que son état de santé justifie une absence de :

- ☐ **l'école**
- ☐ **le collège**
- ☐ **le lycée**

pour une durée de ..... **à compter de ce jour.**

Certificat établi à la demande des parents et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature et tampon :