



L'ANNÉE DU CINQUANTENAIRE  
DU GROUPE SCOLAIRE BERRADA  
1975-2025

# G R O U P E S C O L A I R E B E R R A D A

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné Docteur ....., après avoir examiné ce jour  
l'élève .....né(e) le .....

Taille : ..... Poids : ..... Ouïe : .....Groupe Sanguin: .....

Certifie que l'intéressé(e) est apte à pratiquer sans danger toutes les  
formes d'activités physiques et sportives. Il (elle) présente un cœur normal  
et des réactions cardio-vasculaires à l'effort satisfaisantes.

Il (elle) a reçu les vaccinations suivantes:

B.C.G. Fait le .....

Dernier test tuberculinique fait le .....

Primo-Vaccination D.T. Coq. Polio:

1ère injection le .....

2ème injection le .....

3ème injection le .....

Rappel Vaccination D.T. Polio 1 le .....

D.T. Polio 2 le .....

D.T. Polio 3 le .....

R.O.R. ou Équivalent (.....) le .....

Hépatite B le .....

### ACUITE VISUELLE :

	SANS CORRECTION	AVEC CORRECTION
ŒIL DROIT		
ŒIL GAUCHE		
LES DEUX YEUX		

OBSERVATIONS PARTICULIERES (Régime, Troubles du langage, Asthme, ....): .....

Fait à Casablanca, le .....

Signature et Cachet du Médecin:

**Remarque:** Cette fiche est à faire remplir consciencieusement et à nous retourner avec le  
**dossier complet**. Une visite chez l'ophtalmologue **obligatoire** pour les 1<sup>ère</sup> AC / TC