Prénom nom
Adresse
Code postal Ville
N° de téléphone

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 À .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : dispense de piscine
P.J. : certificat médical

Madame/Monsieur …(nom)…,

Mon enfant scolarisé en ...(précisez la classe)... a souffert de/d’une/d’ ...(spécifiez le type de symptômes  : difficultés respiratoires/démangeaisons sur tout le corps/irritation de la peau/brulures oculaires/nausées/douleurs abdominales/toux sévère/conjonctivite/enflure du visage)... qui s'est/se sont déclenchée(s) pendant le cours de natation de ...(indiquez le jour de la semaine)... dernier.

D'après son médecin traitant, il s'agit très probablement d'une réaction allergique. Par conséquent, celui-ci a préconisé l'arrêt de toute activité aquatique jusqu'au …(date)…, le temps de faire des examens complémentaires, comme l'atteste le certificat médical joint à la présente.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur ...(nom)..., l'expression de mes salutations distinguées.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : ......................................