

Certificat médical

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant **Nom** : _____ **Prénom** : _____

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté: _____
- Ne présente actuellement aucun signe d'affections contagieuses.

Nombre de cases cochées

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie... : _____

Cachet et signature du praticien (obligatoire) Fait à _____ le _____

Certificat médical

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant **Nom** : _____ **Prénom** : _____

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté: _____
- Ne présente actuellement aucun signe d'affections contagieuses.

Nombre de cases cochées

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie... : _____

Cachet et signature du praticien (obligatoire) Fait à _____ le _____