

## 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 \_\_\_\_\_