



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant.....

Né(e) le à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à vivre en collectivité.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

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

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant.....

Né(e) le à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à vivre en collectivité.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

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

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant.....

Né(e) le à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à vivre en collectivité.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

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

Signature et Tampon du médecin