

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Dr _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

L'enfant _____

Né(e) le _____

Et qu'il ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la vie en collectivité. Il est apte aux pratiques physiques mises en place dans le cadre des programmes d'animation du centre de loisirs. Les vaccinations sont à jour.

Il est apte à vivre en collectivité.

Certificat remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

FAIT à

le

Signature et cachet du médecin