

CERTIFICAT MÉDICAL

ENFANT

De non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives et de la vie en collectivité.

Je soussigné(e), Docteur _____ Tel cabinet _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant

Nom _____ Prénom _____

Né (e) le _____

Et atteste que l'enfant est bien à jour de ses vaccinations, et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de toutes activités sportives et de la vie en collectivité.

Fait à _____ Le _____

Cachet et Signature du Médecin

