



CERTIFICAT MEDICAL **(Obligatoire)**



Je soussigné(e)

Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour l'enfant,

Nom, Prénom :

Agé de ans, atteste :

- Qu'il ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à sa participation en séjour.
- Qu'il est apte à la vie en collectivité.
- Qu'il n'est pas porteur de parasites.
- Qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités sportives...
- Qu'il est à jour de ses vaccinations.

Date du dernier DT Polio :

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le,

Cachet et Signature du médecin,

LE CERTIFICAT MEDICAL SERA REMIS DES QUE POSSIBLE
AU SERVICE ENFANCE