

CERTIFICAT MÉDICAL

L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à _____

Période du séjour : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e) M., Mme _____, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné, ce jour, l'enfant _____.

Et atteste :

- de son aptitude à intégrer un Accueil de loisirs et n'avoir décelé aucune contre-indication à la vie en collectivité,
- de son aptitude à pratiquer les activités physiques et sportives du centre (piscine, course d'orientation, relais, randonnée, sports de loisirs collectifs, athlétisme),
- que celui-ci est à jour dans ses vaccins obligatoires (vaccination antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique sauf contre indication médicale reconnue).

Sports dont la pratique n'est pas autorisée : _____.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____.

Signature et cachet du médecin :