

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné l'enfant  
.....

Et:

- atteste qu'il est à jour de ses vaccins
- atteste de son aptitude en collectivités
- atteste qu'il n'a pas de contre indication aux sports
- allergies:     non  
                           oui       asthme       alimentaires  
   médicamenteuses     autres

Si oui, protocole à suivre.

Remarques:.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....le.....

Tampon et signature