

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, demeurant

Certifie avoir examiné l'enfant

Né(e) le

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent de maladie contagieuse aigue ou chronique, et contre-indication à la vie en collectivité et à la pratique de tous les sports.

Les vaccins de l'enfant sont-ils à jours : oui ☐ non ☐

Note:

.....

.....

Fait à Le

Cachet et signature du médecin