

ACCUEIL DE LOISIRS DE VERTON

CERTIFICAT MÉDICAL 2023

Je soussigné (e)

.....

Certifie, après examen, que l'enfant :

Nom, prénom :

.....

Né (e) le :

● est à jour de ses vaccinations obligatoires

● Oui Non

● Traitement médical :
(Fournir une ordonnance)

● ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

● ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité

● ne présente à ce jour aucun signe de contagion

● Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

Fait à, le

Cachet du médecin

Signature