

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) Docteur.....certifie que

l'enfant :

- ne présente aucune contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives*
- ne souffre d'aucune allergie*
- est à jour de ses vaccinations (en particulier, le tétanos)*

le..... à.....

Signature

(* dans le cas contraire, rayer la mention)

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) Docteur.....certifie que

l'enfant :

- ne présente aucune contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives*
- ne souffre d'aucune allergie*
- est à jour de ses vaccinations (en particulier, le tétanos)*

le..... à.....

Signature

(* dans le cas contraire, rayer la mention)