

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné 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