

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical valable pour la durée de l'année scolaire 20..../20....

VIE EN COLLECTIVITE

Je soussigné(e), Docteur en médecine,.....

Certifie que l'enfant

- Est à jour de ses vaccinations obligatoires.
- Ne présente aucun signe apparent de maladie contagieuse et son état de santé ne lui contre-indique pas, à ce jour, la vie en collectivité.

- L'enfant suit-il un traitement permanent ? Si oui, lequel ?.....
- L'enfant souffre-t-il d'allergies ? Si oui lesquelles ?
.....

Date, signature et tampon du médecin :

PRATIQUE DES ACTIVITES SPORTIVES

Je soussigné(e)..... certifie que l'enfant..... dont je suis le représentant légal, est apte à la pratique des activités physiques programmées et proposées par les services municipaux.

Date et signature du représentant légal