

CERTIFICAT MÉDICAL

ENFANT

De non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives et de la vie en collectivité.

Je soussigné(e), Docteur _____ Tel cabinet _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant

Nom _____ Prénom _____

Né (e) le _____

Fait à _____ Le _____

Cachet et Signature du Médecin

