

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL

11-17 ANS

CERTIFICAT MEDICAL

2024

Je soussigné, Docteur.....

certifie que (nom et prénom du jeune).....

Ne présente aucune contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives de loisirs cliniquement décelable à ce jour.

Est à jour de ses vaccins (DT Polio)

Ne présente aucune contre indication à la vie en collectivité

Taille :

Poids :

Fait à Le/...../.....

Signature du médecin :