

CERTIFICAT MEDICAL

Date : \_\_\_\_\_

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce  
jour, l'enfant \_\_\_\_\_ et atteste qu'il ne présente pas de  
contre- indication à :

- la vie en collectivité
- la manipulation d'aliments et à la préparation de repas
- la pratique de la voile, du kayak et du paddle
- la baignade
- la pratique du VTT
- la pratique du golf
- la pratique de sports collectifs



Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Tampon du médecin

Signature