



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné ce jour:

M./Melle :.....

et le/la déclare apte à la pratique d'activités sportives en centre de vacances, à l'exception des activités suivantes:

.....
.....
.....

Date:

Signature
du représentant légal.

Date:

Signature et cachet
du médecin.