

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Age : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné .....

Né(e) le : .....

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des activités physiques de plein air et des activités nautiques ainsi qu'à la vie en collectivité.

Cachet du médecin

Fait à .....

Le .....

Signature

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Age : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné .....

Né(e) le : .....

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des activités physiques de plein air et des activités nautiques ainsi qu'à la vie en collectivité.

Cachet du médecin

Fait à .....

Le .....

Signature