Nom de l'enfant :		Nom de l'enfant :	
Prénom :		Prénom :	
Age :		Age :	
CERT	IFICAT MEDICAL	CERT	IFICAT MEDICAL
Je soussigné(e), Docteur		Je soussigné(e), Docteur	
Certifie avoir examiné		Certifie avoir examiné	
Né(e) le :		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.		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		Cachet du médecin	
	Fait à		Fait à
	Le		Le
	Signature		Signature