



CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON INCOMPATIBILITE

A faire remplir par le médecin

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,
certifie que l'enfant

- Est apte à la vie en collectivité,
- Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la Loi au vu de son carnet de santé,
- Que son état est compatible avec la pratique d'activités physiques et sportives,
- Ne présente aucune allergie ou contre indication alimentaire connue,
Si oui, laquelle :

.....
.....

- Autres, préciser :
-
.....

Fait à

Le

Cachet et signature du Médecin





CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON INCOMPATIBILITE

A faire remplir par le médecin

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,
certifie que l'enfant

- Est apte à la vie en collectivité,
- Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la Loi au vu de son carnet de santé,
- Que son état est compatible avec la pratique d'activités physiques et sportives,
- Ne présente aucune allergie ou contre indication alimentaire connue,
Si oui, laquelle :

.....
.....

- Autres, préciser :
-
.....

Fait à

Le

Cachet et signature du Médecin

