

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur ..... , déclare avoir examiné ce jour l'enfant ..... et atteste :

- qu'il/elle ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives de l'accueil de loisirs (hors compétition).
- qu'il/elle ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.
- qu'il/elle ne présente à ce jour aucun signe de contagion.
- qu'il/elle dispose de l'ensemble des vaccins obligatoires et rappels à jour. (Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, et la poliomyélite sont obligatoires, sauf contre-indication à signaler ci-contre).

### Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Autres vaccins
Diphtérie			-
Tétanos			-
Poliomyélite			-
Ou DT Polio			-
Ou Tétracoq			-
B.C.G.			-

### Observations et recommandations diverses

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin