

# CERTIFICAT MEDICAL

Cette attestation est valable 2 ans, et sera uniquement utilisée dans le cadre des accueils de loisirs de l'association

## Médecin

Nom : ..... Ville : .....

## DECLARE

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).

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

## AUTRES OBSERVATIONS

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin