

CERTIFICAT MEDICAL

Date : _____

Je soussigné Dr _____ certifie avoir examiné ce jour

l'enfant _____ et atteste qu'au vu de l'examen clinique,

L'enfant est apte à	... n'est pas apte à
la vie en collectivité*		
la manipulation d'aliments et à la préparation de repas*		
la pratique de la voile, du kayak et du paddle*		
la baignade*		
la pratique du VTT*		
la pratique du tennis, work out, ping pong*		
la pratique de sports collectifs (volley, basket...)*		
la pratique de l'escalade*		

*Cocher une case par ligne

Tampon du médecin

Signature