



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie que l'enfant.....

- est apte à la pratique des activités physiques et sportives
- est à jour de ses vaccins

L'enfant souffre-t-il d'une contre indication, d'une allergie ou d'un problème de santé particulier.

OUI NON

Un Projet d'Accueil Individualisé doit obligatoirement être retiré à l'accueil de l'Espace Jeunesse et établi avec les professionnels de santé qui suivent votre enfant

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

Date : Signature :

Cachet du médecin :

