

# **CERTIFICAT MEDICAL**

**Valable durant l'année scolaire 2018-2019**

Je soussigné(e), (Nom et Prénom)-----

Docteur en médecine certifiée, avoir examiné l'enfant :

Nom :----- Prénom :----- Né(e) le :-----

Ce patient est à jour de ses obligations vaccinales et ne révèle pas de contre-indication à la pratique des activités physiques.

Certificat établi à-----, le -----

Signature et cachet :