

À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

- VALIDITÉ UN AN -

Je soussigné, Docteur _____

certifie avoir examiné l'enfant _____

né(e) le _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucun signe clinique apparent, contre-indiquant la pratique d'activités physiques, sportives et nautiques, organisées par l'équipe encadrante durant le service concerné. Dans le cas contraire, lesquels ? _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucune maladie contagieuse.

J'atteste que l'enfant est à jour dans ses vaccins.

J'atteste que l'enfant ne souffre pas d'incontinence urinaire.

J'atteste que l'enfant ne présente aucun trouble du comportement.

Dans le cas contraire, lequel ? _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucune allergie médicamenteuse, alimentaire ou autre(s).

Dans le cas contraire, laquelle ? _____

Autre(s) remarque(s) : _____

Cachet et signature du médecin

Fait à _____

Le _____

