

CENTRE DE LOISIRS DE VERTON

CERTIFICAT MÉDICAL 2018

Je soussigné (e)

.....
Certifie, après examen, que l'enfant :

Nom, prénom :

Né (e) le :

● est à jour de ses vaccinations

● Oui ☐ Non ☐

● Traitement médical :
(Fournir une ordonnance)

● Antécédents médicaux et chirurgicaux :

● ne présente aucune contre- indication à la pratique des sports :

☐ Multisports

☐ Danse

☐ Athlétisme

☐ Equitation

☐ Natation

☐ Canoë et kayak

☐ Tir à l'arc

☐ Baby- Gym

☐ Voile

☐ VTT

☐

Fait à, le

Cachet du médecin

Signature