

# 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

Tir à l'arc

Danse

Baby- Gym

Athlétisme

Voile

Equitation

VTT

Natation

.....

Canoë et kayak

Fait à ....., le .....

Cachet du médecin

Signature