

# ACCUEIL DE LOISIRS DE VERTON

## CERTIFICAT MÉDICAL 2024

Je soussigné (e)

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

Nom, prénom :

Né (e) le : .....

● est à jour de ses vaccinations obligatoires

● Oui  Non

● Traitement médical : .....

(Fournir une ordonnance)

● ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

● ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité

● ne présente à ce jour aucun signe de contagion

● Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

Cachet du médecin

Signature