CENTRE DE LOISIRS DE VERTON

CERTIFICAT MÉDICAL 2019

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