

CERTIFICAT MEDICAL

Valable durant l'année scolaire 2020-2021

Je soussignée, (Nom et Prénom).....

Docteur en médecine certifiée, avoir examiné l'enfant :

Nom :Prénom :Né(e) le :.....

Ce patient est à jour de ses obligations vaccinales et ne relève pas de contre indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Certifié établi à le

Signature et cachet :

CERTIFICAT MEDICAL

Valable durant l'année scolaire 2020-2021

Je soussignée, (Nom et Prénom).....

Docteur en médecine certifiée, avoir examiné l'enfant :

Nom :Prénom :Né(e) le :.....

Ce patient est à jour de ses obligations vaccinales et ne relève pas de contre indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Certifié établi à le

Signature et cachet :