

# Certificat médical Accueil de Loisirs de Pencran



Je soussigné(é) \_\_\_\_\_ docteur en médecine,  
certifie avoir examiné :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

- ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et collective,
- a ses vaccins à jour
- est apte à vivre en collectivité

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet :