

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 :