



ACCUEIL DE LOISIRS INTERCOMMUNAL XAINTRIE VAL'DORDOGNE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Né(e) le _____ Et âgé à ce jour de : _____ ans.

Certifie que cet enfant :

Ne présente aucune affection contagieuse.

Est apte à vivre en collectivité.

Est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et sportives, *

- Aquatiques. *

*Rayer les mentions inutiles.

Est à jour de ses vaccinations obligatoires.

N'est pas à jour de ses vaccinations obligatoires ; dans le cas contraire, joindre un certificat médical de contre-indication.

Il n'y a donc pas de contre-indication à la fréquentation de l'accueil de loisirs pour cet enfant.

Nombre de cases cochées par le médecin : _____

Fait à _____, le _____.

Signature et tampon du médecin :