



# Certificat médical

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

Certifie avoir examiné l'enfant ..... Né(e) le .....

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent de maladie contagieuse, aigue ou chronique, contre indiquant la vie en collectivité et la pratique des sports suivants.

Déclare l'enfant en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi.

<b>Rayer seulement les sports contre-indiqués</b>			
Aïkido	Equitation	Lutte	Course d'orientation
Athlétisme	Escalade	Natation	Cyclisme, VTT
Aviron	Escrime	Planche à voile	Marche, randonnée
Badminton	Frisbee	Plongée sous-marine	Acrobatie
Basket-ball	Golf	Pêche	Rugby
Bowling	G.R.S.	Raquettes à neige	Course à pied
Boxe	Hand-ball	Roller	Volley-ball
Canoë-kayak	Hockey	Ski	Squash
Canyoning	Base-ball	Spéléologie	Voile, surf
Catamaran	Judo	Tennis	Activités de cirque
Judo	Base-ball	Tennis de table	Trampoline
Tir à l'arc	Acrobranches	Karting	Football
Autres sports (à préciser) :			

Fait à ..... Le .....

**Cachet et signature du médecin**