

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

A faire remplir par votre médecin traitant.

Ces informations sont couvertes par l'obligation de confidentialité de l'ensemble des intervenants.

Je soussigné
certifie que l'enfant né (e) le

- * ne décèle aucune contre-indication à la vie en collectivité
- * est à jour de ses vaccins obligatoires
- * est apte à pratiquer toutes activités sportives et physiques

Allergie repérée oui non
Si oui, précisez :

Nécessité d'un régime alimentaire oui non
Si oui, précisez :

Traitement médical oui non
Si oui, précisez :

Autre(s) préconisation(s) oui non
Si oui, précisez :

Prise en charge en cas d'urgence
Merci de préciser les signes d'appel, les mesures à prendre dans l'attente des secours et le message à faire passer aux services d'urgence :

Nom et Adresse du Praticien

CACHET

Date et Signature du médecin traitant

École Saint-Éxupéry
12 au 16 mars 2018