

Certificat médical

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie que l'enfant :

.....

- Est apte à la vie en collectivité
- Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé
- Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse
- Ne présente aucune allergie ou contre indication alimentaire connue

Dans le cas contraire, précisez la(les)quel(les) :

.....

.....

Autre, précisez :

.....

.....

Fait à Le

Cachet et signature du médecin

Certificat médical

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie que l'enfant :

.....

- Est apte à la vie en collectivité
- Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé
- Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse
- Ne présente aucune allergie ou contre indication alimentaire connue

Dans le cas contraire, précisez la(les)quel(les) :

.....

.....

Autre, précisez :

.....

.....

Fait à Le

Cachet et signature du médecin