



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUE**

Je soussigné, Docteur

Nom _____	Prénom _____
Adresse _____	
Code Postal _____	Ville _____
Téléphone _____	Mail _____
TAMPON (obligatoire) :	

Au terme de l'examen du ____ / ____ / ____

Certifie que l'enfant :

Nom _____	Prénom _____
Date de naissance ____ / ____ / ____	
Adresse _____	
Code Postal _____	Ville _____

Est apte à la pratique de toutes activités sportives proposées lors de la colonie de vacances.

Signature du médecin :