



Certificat Médical

(Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles)

Je soussigné(e) _____

certifie avoir examiné ce jour _____

né(e) le ____/____/____ à _____

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la vie en collectivité et à l'encadrement d'enfants.

Il (elle) est par ailleurs à jour de ses vaccinations obligatoires jusque _____

À _____, le ____/____/____

Signature et Cachet du Médecin