

LES CLAPOTIS

Accueil de Loisirs
3-6 ans

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Et le/la déclare apte à la pratique d'activités sportives en Accueil de Loisirs,
(Éveil aquatique en piscine, baignade à l'océan, vélo....)

A l'exception des activités suivantes :

.....
.....
.....

Date :

Nom et signature
du représentant légal.

Date :

Cachet et signature
du médecin.