



ACCUEIL DE LOISIRS DE FAYENCE

CERTIFICAT D'APTITUDE ET DE VACCINATION

Je soussigné(e)..... médecin traitant de l'enfant..... certifie que :

- les vaccins de l'enfant sont à jour
- l'enfant est apte à vivre en collectivité
- l'enfant est apte à pratiquer des activités sportives

Fait le/...../..... A

Signature et tampon du médecin traitant :



ACCUEIL DE LOISIRS DE FAYENCE

CERTIFICAT D'APTITUDE ET DE VACCINATION

Je soussigné(e)..... médecin traitant de l'enfant..... certifie que :

- les vaccins de l'enfant sont à jour
- l'enfant est apte à vivre en collectivité
- l'enfant est apte à pratiquer des activités sportives

Fait le/...../..... A

Signature et tampon du médecin traitant :