



# 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