

Maison de la Jeunesse et des Loisirs

**CERTIFICAT MEDICAL
A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné(e) Docteur
Certifie que l'enfant

- Ne présente aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse
- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à pratiquer une activité physique et sportive
- Est apte à pratiquer la plongée sous-marine
- Est allergique (si oui veuillez préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, et / ou fournir le **Protocole d'Accueil Individuel**) :

.....
.....

Observations :

A, le

**Signature et Cachet
du Médecin traitant :**

Nombre de cases cochées :