



Certificat Médical*

Je soussigné,Docteur en Médecine,

Certifie que :

Mme, Melle, Mr

Né(é) le : àDép. ()

- Est apte à la vie en collectivité.
- Ne présente pas de signe clinique de maladie contagieuse.
- Est à jour de toutes vaccinations obligatoires.

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

Fait à :

Date :

Signature et cachet du Médecin :