

CERTIFICAT DE VISITE MEDICALE

Je soussigné Dr.....certifie avoir examiné ce jour,
M....., né(e) leet atteste qu'il(elle) est

- Apte à la vie en collectivité
- Apte à la pratique de toutes activités physiques et sportives
- Apte à la pratique des seules activités physiques et sportives suivantes :

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

- Inapte à toutes pratiques physiques et sportives et ce pour une durée de

.....

- Est à jour de toutes ses vaccinations (obligatoires pour effectuer les stages)
(Diphthérie, Tétanos, Polio et Hépatite B)

Fait à

le

Signature :
(et cachet du praticien)