Ville de Biscarrosse

# ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL
# 11-17 ANS

---

# CERTIFICAT MEDICAL 2018

---

**Je soussigné, Docteur……**

**certifie que (nom et prénom du jeune)……**

- ❑ **Ne présente aucune contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives de loisirs cliniquement décelable à ce jour.**
- ❑ **Est à jour de ses vaccins (DT Polio)**
- ❑ **Ne présente aucune contre indication à la vie en collectivité**
- ❑ **Taille : Poids :**

**Fait à …….. Le ……/……/……**

**Signature du médecin :**