

Certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités physique proposées  
lors du camp DDV du 7 au 18 juillet 2021.

**Je soussigné, Docteur**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

TAMPON (obligatoire) :

Au terme de l'examen du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Certifie que l'enfant :**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Est apte à la pratique de toutes activités sportives proposées lors du camp DDV.**

**Signature du médecin :**