

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 :