

**CERTIFICAT MEDICAL
CAMP SDV 2024**

Je soussigné docteur.....

Certifie que l'enfant désigné ci-après :

Nom :

Prénom :

- Ne présente aucun signe clinique apparent à ce jour contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives réalisées dans le cadre d'accueil de séjour
(Escalade, baignade, randonnée, jeux sportifs)

- Ne présente aucune contre-indication pour manipuler les denrées alimentaires

- Est à jour dans ses vaccinations obligatoires.

Fait à..... Le ___/___/2024

Signature et Cachet