



# CERTIFICAT MEDICAL

## JEUNES

### ANIMATEURS - ADULTES

Daté de moins de 3 mois avant le début du camp

**Je soussigné(e), Docteur** .....

**certifie après examen en ce jour, que M.- M<sup>me</sup> - M<sup>elle</sup> :** .....

.....

- est à jour de ses vaccinations.
  
- est en bonne santé et ne présente actuellement aucun signe d'affection ou de maladie contagieuse cliniquement décelable.
  
- est apte à la vie en collectivité.
  
- ne présente pas de contre-indication à un encadrement en collectivité (concernant les animateurs).

Remarques éventuelles :

**Fait à,** ....., **le** .....

Signature

Cachet du médecin