



CERTIFICAT MEDICAL

ACCUEIL DE LOISIRS DU VAL D'ORBIEU 2019-2020

Je soussigné(e), Docteur :

.....

certifie avoir examiné ce jour : ----- /----- /-----

Prénoms noms	A jour du DT POLIO A cocher	Date du rappel	Pratique activités sportives OUI/NON	Commentaires

Fait le à

Signature et cachet du médecin