



10 BIS RUE DU COLLEGE
59380 BERGUES

CERTIFICAT MEDICAL
Eté 2019

Nom du séjour :

Date du séjour :

Inscription individuelle

Collectivité de rattachement :
(Mairie, C.E. ...)

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné _____

Né(e) le _____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique des activités physiques organisées dans les centres de vacances (cf. : selon l'activité programmée sur le séjour) :

Parapente pour le séjour « Sports extrêmes »

ET Atteste que l'enfant ne présente **aucune maladie contagieuse** et qu'il est à jour dans ses Vaccinations.

Cachet du médecin Signature

Fait à _____

Le _____

*** Partie à remplir par les parents de l'enfant uniquement si le séjour propose de la plongée ou un baptême de parapente ou de l'ULM ou du char à voile**

Je soussigné(e) _____ autorise mon fils, ma fille _____ à participer à l'activité :

- parapente.
- ULM
- Char à voile

Fait le _____ à _____ Signature