

## Certificat Médical

A remplir par le médecin traitant

Ou le médecin Référent de la structure

Je soussigné

Docteur.....

Certifie que l'Enfant : .....

- Est apte à vivre en collectivité
- Ne présente pas actuellement de maladie contagieuse
- Est à jour de ses vaccins
- Ne présente pas d'allergie ou de maladie chronique (dans le cas contraire, un protocole d'accueil sera établi)

<b>Date :</b>	<b>Signature :</b>	<b>Tampon :</b>
---------------	--------------------	-----------------