



COMMUNE D'AUPS - CENTRE DE LOISIRS

## CERTIFICAT MEDICAL

(Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles)

Je soussigné (e), .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné l'enfant :

.....

Et atteste :

- ☐ Qu'il / elle a l'ensemble des vaccins (et rappels) obligatoires à jour.  
Il / elle est par ailleurs à jour de ces vaccinations obligatoires jusqu'.....
- ☐ Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.
- ☐ Qu'il / elle ne présente à ce jour aucun signe de contagion, infestation (quelque qu'elle soit, maladie, poux, etc...).
- ☐ Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication quant à l'application d'une protection solaire sur la peau.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature – Cachet du médecin