



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné l'enfant

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 (**cocher la ou les activités concernées par le séjour**) de Pégase Evasion.

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sports motorisés | <input type="checkbox"/> Voile | <input type="checkbox"/> Ski |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Plongée | <input type="checkbox"/> Surf |
| <input type="checkbox"/> Kayak | <input type="checkbox"/> Spéléologie | <input type="checkbox"/> Vélo |
| <input type="checkbox"/> Equitation | <input type="checkbox"/> Canyoning | <input type="checkbox"/> Kite surf |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) | | |

Atteste que l'enfant est à jour dans ses vaccinations et est apte à la vie en collectivité.

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature