

**CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON  
INCOMPTABILITE**

**(à faire remplir par le médecin)**

Je soussigné (e) .....

Docteur en médecine, certifie que l'enfant .....

- est apte à la vie en collectivité
- est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé
- que son état est compatible avec la pratique d'activités physiques et sportives
- ne présente aucune allergie ou contre-indication alimentaire connue
- Autres, préciser :

Fait le : .....

**Cachet et signature du médecin**