

AUTORISATION MEDICALE DE PARTICIPER AU SEJOUR



Je, soussigné Docteur, certifie que M./Mlle.

....., né(e) le est :

apte à la pratique des sports de neige.

à jour des vaccinations.

apte à la vie en collectivité.

Nombre de cases cochées : _____

(les 3 cases doivent obligatoirement être cochées)

Date :

Signature et tampon du médecin :

ATTENTION : Si vous choisissez de demander un autre type de certificat médical à votre médecin, il doit impérativement comporter les 3 mentions ci-dessus pour être valide.

AUTORISATION MEDICALE DE PARTICIPER AU SEJOUR



Je, soussigné Docteur, certifie que M./Mlle.

....., né(e) le est :

apte à la pratique des sports de neige.

à jour des vaccinations.

apte à la vie en collectivité.

Nombre de cases cochées : _____

(les 3 cases doivent obligatoirement être cochées)

Date :

Signature et tampon du médecin :

ATTENTION : Si vous choisissez de demander un autre type de certificat médical à votre médecin, il doit impérativement comporter les 3 mentions ci-dessus pour être valide.