



**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR TOUS LES SEJOURS  
A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'état de santé du (de la) jeune:

NOM: ..... PRENOM.....

Né(e) le ...../...../..... AGE: .....

ADRESSE: .....

.....

Ne présente aucun signe clinique contre indiquant la pratique des activités sportives prévues durant le séjour (1) et ne présente aucun signe de maladie contagieuse cliniquement décelable.

A satisfait aux obligations légales fixées par la législation relative aux vaccinations et est apte à un séjour de vacances collectives.

*(1) PRECISIONS IMPORTANTES: ce certificat médical est obligatoire pour l'admission au centre de vacances, pour la vie en collectivité et pour la pratique de toutes les activités sportives du séjour choisi (se référer au descriptif du séjour).*

\*\*\*\*\*

**A remplir UNIQUEMENT pour les séjours avec activités :  
PALMES, MASQUE ET TUBA - PLONGEE SOUS MARINE - JETSKI – WINGFOIL - FLYBOARD**

Ne présente pas de contre-indication à la pratique de loisir de la "PLONGEE SOUS MARINE" (en bouteille/en apnée), dans les conditions règlementaires (suivant séjour choisi) (2).

Ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités nautiques ci-dessus dans les conditions règlementaires (suivant séjour choisi).

*(2) Au regard de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la commission médicale de la F.F.E.S.S.M. Attention dans certains cas il est nécessaire que ce soit établi par un spécialiste (asthme par exemple).*

**Certificat effectué à la demande de la personne responsable de l'enfant, selon ses dires, pour faire savoir et valoir, en considérant qu'elle prend l'entière responsabilité des conséquences de déclarations erronées ou d'omissions.**

\*\*\*\*\*

**RAPPEL** : si l'enfant doit suivre un traitement, fournir impérativement l'ordonnance. Pour tout médicament « en prévision de » (paracétamol...), une ordonnance est également obligatoire.

**Observations éventuelles**

.....

.....

A ..... Le .....

**ADRESSE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRE**