

« LA TROTINIÈRE »
Centre de vacances

VISITE MEDICALE

Nom et Prénom de l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que l'enfant est apte à participer aux activités pratiquées à La Trotinière.

Piscine

Quad

Moto

Tennis

Vélo

Tous sports collectifs et individuels

Allergies :

Cachet du médecin

Fait àle.....

Signature