

## DÉLIVRÉ SUR LA DEMANDE DU PATIENT ET REMIS EN MAINS PROPRES

**Je soussigné(e), Docteur :** \_\_\_\_\_

**certifie que :** \_\_\_\_\_

**Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_\_

présente, ce jour, une absence de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports dans le cadre d'un séjour adapté, et le/la déclare apte à la pratique d'activités sportives en séjour de vacances, à l'exception des activités suivantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse

☐ est apte à la vie en collectivité

**Fait à :** \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du  
médecin**