



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour Mme ou Mr \_\_\_\_\_

et que ses vaccins DTP et ROR sont à jour.

Je n'ai décelé aucune contre-indication physique ou de traitement à la participation des séjours organisés par L'ENVOL auprès des enfants malades.

Date : ...../...../2019

Signature et tampon du praticien:  
(Obligatoires)