



Certificat Médical

(à faire remplir par son médecin)

Je, soussigné, Dr/Pr _____

Certifie avoir examiné à ce jour Mme / Mr /Autre
_____ et atteste :

- Que dans le contexte épidémique actuel, son statut immunitaire (lié à la maladie ou à un traitement), la présence éventuelle d'une co-morbidité, ou le stade de la maladie (chronique ou aigüe) ne sont pas une contre-indication à sa participation au séjour du 30 mars au 1^{er} avril.
- Est apte à la vie en collectivité
- Que les vaccins obligatoires sont à jour Oui / Non
- A déjà eu la varicelle Oui / Non
- Peut participer à des activités en extérieur tel que le char à voile, promenade en bord de mer, ou des activités physiques telles qu'escalade ou accrobranches Oui / Non / Avec restrictions, précautions _____

Date :

Signature et tampon