

Certificat Médical

(à remplir par le médecin référent)

Je, soussigné, Dr/Pr _____,
certifie avoir examiné ce jour Mme / Mr /Autre _____
_____ et atteste que :

- Sa pathologie (chronique ou aigüe), son statut immunitaire (lié à la maladie ou à un traitement), et son état psychique sont compatibles avec la vie en collectivité (séjour du 23 au 25 mai 2026),
- Que les vaccins obligatoires sont à jour Oui / Non (si non, préciser la raison _____)
- A déjà eu la varicelle Oui / Non
- Peut participer à des activités en extérieur telles que promenade en bord de mer, escalade ou accrobranche (programme pas encore validé)
Oui / Non / Avec restrictions, précautions : _____
- Peut participer à une activité dans un piscine couverte (programme pas encore validé) Oui / Non / Avec restrictions, précautions : _____

Autre(s) information(s) utile(s) : _____

Date :

Signature et tampon