

## 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 une piscine couverte (programme pas encore validé)    Oui / Non / Avec restrictions, précautions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autre(s) information(s) utile(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date :

Signature et tampon