

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
DE PRATIQUE DE L'ACTIVITE DES BEBES-NAGEURS

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom) :.....

Certifie, après examen de ce jour et au vu de son carnet de santé et de vaccinations, que :

Nom d'usage et prénom :

Né(e) le :

ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique des bébés-nageurs

est à jour de ses vaccinations légales et obligatoires.

Le / /

Cachet du médecin :

A