

## À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie que l'enfant : .....

Est à jour de ses vaccinations [ ] Son groupe sanguin (si connu) est : .....

Est apte à la pratique du football [ ] Sa taille : ..... cm Son poids : ..... kgs

Est apte à la vie en collectivité [ ] Suit-il un traitement ? (préciser) : .....

Allergies alimentaires : NON [ ] OUI [ ] Si oui, préciser : .....

Allergies médicamenteuses : NON [ ] OUI [ ] Si oui, préciser : .....

Précisions allergies (et recommandations si besoin) : .....

Autres problèmes de santé : .....

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

TAMPON ET SIGNATURE  
DU MÉDECIN