

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