

Certificat médical de vie en collectivité

Je, soussigné.e

Docteur

Exerçant à (*adresse*).....

Certifie avoir examiné ce jour,

Mme./M./l'enfant.....

Né.e le/...../.....

et que son état clinique ne présente aucun signe de maladie contagieuse à l'examen clinique et est apte à vivre en collectivité.

Les vaccinations sont à jour.

Certificat établi à la demande des parents et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à

Le/...../.....

Signature et tampon :