

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) : _____, Docteur en Médecine

certifie avoir examiné :

Nom/Prénom : _____

Né(e) le : _____

Et certifie qu'il/elle a satisfait aux obligations légales en matière de vaccinations, est apte à la vie en collectivité et ne présente pas de signe de maladie contagieuse, à la date de ce jour, lui permettant d'effectuer la formation suivante :

BP JEPS Loisirs Tous Publics (LTP)

Observations : _____

Fait à _____ le _____

Cachet et Signature du Médecin

IMPORTANT : DOCUMENT A JOINDRE A VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE