

**Certificat médical d'aptitude à une activité
en collectivité d'enfants**

Je soussigné(e), Dr.

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le.....

Demeurant à.....

En vu de sa participation au fonctionnement :

-d'un accueil de loisirs sans hébergement,

-d'un séjour de vacances

Vaccinations à jour (conformément au Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 16-17 du 22 avril 2008)		Sérologie : (conseillée)	Faite	Immunisé
D.T.P. (obligatoire jusqu'à 13 ans, recommandé à l'âge adulte)	..	Hépatite B
B.C.G. (recommandé pour sujet à risque)	..			
IDR de référence	..			
R.O.R. (recommandé)	..			
Hépatite A (recommandé)	..			

Il /Elle est en bonne santé apparente et ne présente pas de contre-indication médicale à :

une activité au contact d'enfant

au travail en cuisine et à la manipulation d'aliments

Il /Elle n'est pas atteinte, à ce jour, d'une affection contagieuse connue ou cliniquement décelable.

Certificat délivré sur la demande de M et remis en mains propres.

Le, à

Cachet et signature