



**ATTESTATION MEDICALE**

NOM/ PRENOM de l'enfant : .....

Date du DT Polio : .....

- Apte à la pratique sportive
- Apte à la vie en collectivité
- Les vaccins sont à jour

Préconisations particulières :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait le ..... à .....

Cachet et signature du médecin