

Observations médicales

Nom : Prénom : Age :
Coordonnées de la personne à prévenir:.....
.....

Vaccin anti tétanique

date :

Allergies connues

Pathologie somatique

H.T.A. - Asthme – Diabète – Epilepsie etc....

Je soussigné Docteur, (1)

certifie que l'état de santé physique de (2)

Mme-Mr.....

*lui permet de participer aux activités physiques et sportives organisées dans
le cadre du séjour thérapeutique organisé par Sport en Tête*

Séjourdu

Fait le :

Signature du Médecin Généraliste