



Certificat médical

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que

Le condtions psychiques et physiques

De Mr./M.me _____

*Lui permettent de participer aux activités de réhabilitation, sportives et ludiques,
prévues durant le séjour « Sport en Tête », qui se déroulera à
.....du*

Date et lieu _____

Signature du médecin _____