

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné l'enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Et à ce jour :

- Il est apte à la pratique de l'activité « bébés nageurs » dans l'eau.
- Il ne présente aucune infection contagieuse
- Il est à jour de vaccins

Le certificat doit être impérativement remis avant la première séance.

Fait à : .....

Le : .....

Signature et cachet du médecin :

## Dossier Accompagnants Bébé Nageur

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Lien de parenté avec l'enfant :

- Père  Mère
- Autre (Précisez)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

CP/Ville : .....

Tél : .....

Port : .....

Date et signature

Lien de parenté avec l'enfant :

- Père  Mère
- Autre (Précisez)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

CP/Ville : .....

Tél : .....

Port : .....

Date et signature