



(à renvoyer à)

**MOTO LIBERTÉ 11**

RD 118 – 11600 CONQUES SUR ORBIEL

Tel 04 68 77 07 27 – Fax 04 68 77 07 46 – motoliberte11@gmail.com

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, **Dr** ..... certifie;

\_ Que l'enfant....., né le ....., ne présente pas à ce jour, de signe cliniquement apparent de maladie contagieuse ou tuberculeuse pouvant contre-indiquer la vie en collectivité.

\_ Qu'il (elle) est à jour de ses vaccinations obligatoires.

\_ Qu'il (elle) est apte à la pratique de la moto.

\_ Renseignement complémentaire; l'enfant aurait il une pathologie médicalement suivie?

**Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre (Parents ou Représentants légaux), pour servir et faire valoir ce que de droit.**

Le ..... Signature.....