



CERTIFICAT D'APTITUDE À LA VIE EN COLLECTIVITÉ

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Est apte à la vie en collectivité

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie ... :

Autorise l'administration d'antipyrétique (doliprane en sirop) en cas de fièvre supérieure à 38°5

Cachet et signature du praticien (obligatoire)

Fait à _____

Le _____

Signature :