

# Certificat médical

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, certifie que Mr Me :

.....

- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse
- Ne présente aucune allergie ou contre-indication alimentaire connue

Dans le cas contraire, précisez-la(les)quel(les) :

.....

.....

Autres, précisez :

.....

.....

Fait à ....., le .....

*Cachet et signature du médecin*