

**SERVICE PETITE ENFANCE**

**VILLE DE RIS ORANGIS**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**A RETOURNER A LA STRUCTURE D'ACCUEIL**

Je soussigné (e) Docteur..... certifie que

L'enfant ..... né (e) le .....

Est apte à la collectivité

Est à jour dans ses vaccinations

Ne présente pas à ce jour de signes de maladies contagieuses

*Date :*

*Cachet et Signature  
du médecin :*