



CERTIFICAT MEDICAL

LAURE GAUSSEN
secretariat@aquacaserf.ch
aquacaserf.ch

Pour la pratique de la natation

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant : _____

Né(e) le : _____ est suivi(e) régulièrement et ne présente pas de contre-indication à la pratique de la natation.

Observations : _____

Date et lieu : _____ Timbre et signature du médecin :

