* **1 – ENFANT.**

**Nom** :………………………………………**Prénom** : ……………………………**Date de Naissance**:

**2 – CERTIFICAT MEDICAL.**

Je soussigné, Docteur ………………………………………..………, certifie avoir examiné l’enfant mentionné ci-dessus, et qu’il est à jour des vaccins obligatoires.

Date du dernier rappel Tétanos: ……………………………………………….

* est vacciné contre les maladies suivantes *:*

 🞎 Hépatite B

 🞎 Coqueluche

 🞎 Autres (préciser)

* ne présente aucun signe d’affection contagieuse et qu’il est apte à la vie en collectivité
* suivra un traitement médical pendant le séjour (ordonnance obligatoire)
* est allergique à :……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………..……………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..

* régime alimentaire particulier : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* autres précisions  :………………………………………………………………………………………………………………………………
* **ne présente aucune contre-indication à la pratique des sports proposés à l’occasion du raid oxy’jeunes**  **aventure 2021 (course à pied, kayak de mer, canyoning, VTT, natation)**
* Date : Cachet :

 Signature :

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (exclusions alimentaires…).**