

## CERTIFICAT MEDICAL

Référence JR :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, docteur en médecine

Certifie que \_\_\_\_\_

est apte à vivre en communauté,

ne présente pas d'allergie existante ou susceptible d'exister,

ne présente pas de maladies à risque,

ne suit pas de traitement médicamenteux lourd,

suit un traitement médicamenteux lourd, ci-dessous la liste des médicaments :

---

---

---

est à jour de ses vaccinations :

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Ce formulaire ou similaire doit être imprimé, complété par votre médecin et envoyé avec votre dossier à

Jeunesse et Reconstruction

10 rue de Trévisse

75009 Paris