



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e)

Docteur en médecine exerçant à

Certifie avoir examiné

Né (e) le

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des activités ci-dessous :

(cocher une des trois cases)

- Toutes les activités en loisir et en compétition
- Toutes les activités en loisir
- Uniquement les activités cochées

	Loisir	Compétition
Randonnée pédestre		
Randonnée raquette		
Marche nordique		
Course d'orientation		
Course à pieds		
Trail		
Alpinisme		
Escalade		
Via Ferrata		
Ski de fond		
Ski-roues		
Ski alpin / randonnée		
Cyclo		
VTT		
Roller		
Badminton		
Circuit training		

Fait à

Le