

CERTIFICAT MEDICAL

de non contre indication à la pratique sportive

Je, soussigné (e)

Medecin 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 :

- Toutes les activités en loisir et en compétition
- Toutes les activités en loisir seulement
- Seulement les activités ci-dessous :

ACTIVITE	LOISIR	COMPETITION
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		
Autres : <input type="text"/>		

Fait le :