

# CERTIFICAT MEDICAL \*

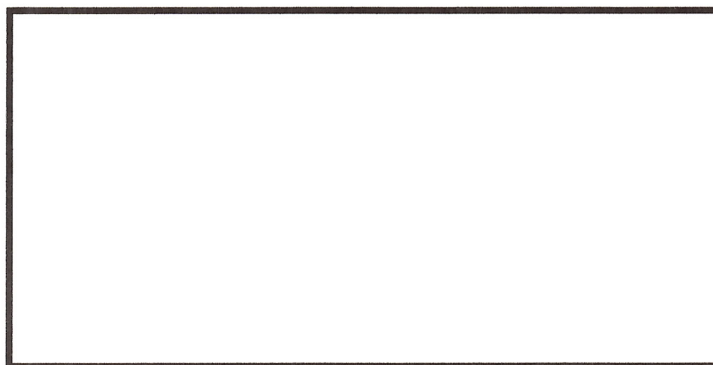
\*Ce certificat médical est valable 1 an à partir de sa date d'émission. L'intéressé s'engage à fournir un certificat à jour si dans l'année, des modifications de « non contre-indication » surviendraient.

Je, soussigné (e), Docteur .....,  
certifie avoir examiné Monsieur/ Mademoiselle .....,  
né(e) le ....., et n'avoir constaté à ce jour, aucun  
signe clinique apparent contre-indiquant la pratique :

**\*\*Rayer seulement les sports contre-indiqués**

- du ski/snowboard\*\*
- des activités sportives\*\*
- des activités nautiques\*\*
- du canyoning\*\*
- du rafting\*\*
- de la plongée\*\*

Fait à, ..... Le, .....



**Cachet professionnel et signature du Médecin OBLIGATOIRE**