

CERTIFICAT MEDICAL *

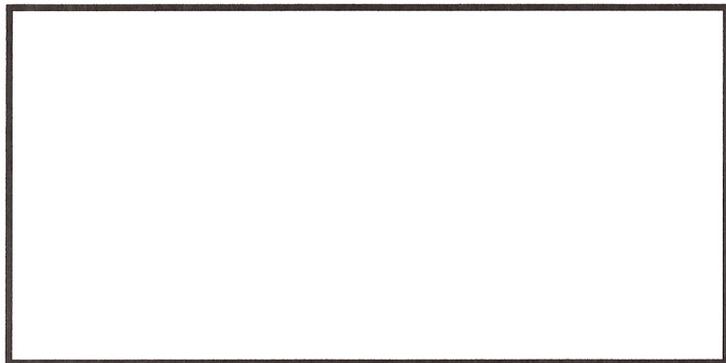
*Ce certificat médical est valable 1 an à partir de sa date d'émission. L'intéressé s'engage à fournir un certificat à jour si dans l'année, des modifications de « non contre-indication » surviendraient.

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