

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

Article L 231-2 et suivants du Code du sport

Je soussigné (e), Docteur _____

Certifie, après avoir examiné ce jour _____

Né(e) le ____ / ____ / _____

Sexe : masculin féminin

Qu'il ne présente ce jour aucun signe d'affection cliniquement décelable contre-indiquant la

PRATIQUE DE LOISIR (*) de :

Ski assis

Vélo

Ski debout

Randonnée assise (en Joëlette)

Randonnée hivernale assise

Randonnée pédestre

Randonnée en raquettes à neige

Multi-activités de Sport Adapté

Le canoé kayak

Autres : _____

L'escalade

Restrictions : _____

En particulier, restrictions d'altitudes : _____

Date de l'examen : ____ / ____ / _____

Signature du médecin