

CERTIFICAT MÉDICAL

(À remplir par le médecin)

Pour tout complément d'information sur les contraintes physiologiques de ces activités, vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.

Je soussigné(e), Docteur en médecine, _____, après avoir examiné

M^{me}, M. : _____

Date de naissance : ____/____/____

Certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique (y compris en compétition) :

- de la spéléologie
- du canyionisme
- de l'escalade
- du VTT
- du ski
- du kayak

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

Fait à : _____

Date : ____/____/____

Signature et cachet professionnel :