

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie avoir examiné à ce jour :

M. Mme Mlle

NOM , PRENOM

DATE DE NAISSANCE

Ne pas avoir constaté ce jour, de contre-indication cliniquement décelable : Sous réserve de l'exactitude de ses déclarations.

A la pratique des **SPORTS DE PEINE NATURE et de MONTAGNE** :

TERRE : VTT, Escalade, Rando, Via Ferrata, Badminton, Raids multisports, rollers, tennis, sports co

EAU : Nage en Eau Vive, canyoning, Rando aquatique, Kayak, Piscine, Nage avec palmes

NEIGE : Ski, Surf, Raquettes à neige

A la pratique de la plongée sous marine

Aux **COMPETITIONS** sportives

A l'encadrement.

A la préparation et à la présentation à un diplôme sportif

Nombre de case(s) cochée(s) :

Remarques éventuelles :

Cachet

Médecin du sport

le

Signature

A remettre au club avant toute pratique.

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.