



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....certifie que

M., Mme, Mlle .....âgé(e) de : .....

**Ne présente apparemment aucune contre-indication à la pratique**

- des activités physiques et sportives non-compétitives.
- de la gymnastique de loisir et d'entretien.
- de la randonnée en moyenne montagne.
- de la randonnée à raquettes.
- du ski alpin.
- du ski de fond.
- de .....

Nombre de cases cochées : .....

Fait à : ..... le .....

Cachet et signature du médecin