



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE

## **DES ACTIVITES SPORTIVES DE MONTAGNE**

	édecine, demeurant :
	examiné Mme, Mlle, M
Né(e) le	
	constaté, à date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des tives en montagne suivantes, non rayées ci-dessous, en compétition.
Trail (	(course à pied)
Rando	onnée
Marc	he nordique
Raque	ettes
VTT (	Vélo de montagne)
Escala	ade
Alpini	isme
Ski de	e randonnée
Ski no	ordique
Ski al	pin
Surf o	des neiges
Telen	nark
Slackl	ine
Spélé	ologie
Sport	s aériens
Canyo	on
Via Fe	errata
Casca	de de glace

Cachet et signature du médecin.





## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE

## **DES ACTIVITES SPORTIVES DE MONTAGNE**

Je soussigné	
Docteur en médecine, demeurant :	
Certif	fie avoir examiné Mme, Mlle, M
Né(e)	) le
	avoir pas constaté, à date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des ités sportives en montagne suivantes, non rayées ci-dessous, en compétition.
	Trail (course à pied)
	Randonnée
	Marche nordique
	Raquettes
	VTT (Vélo de montagne)
	Escalade
	Alpinisme
	Ski de randonnée
	Ski nordique
	Ski alpin
	Surf des neiges
	Telemark
	Slackline
	Spéléologie
	Sports aériens
	Canyon
	Via Ferrata
	Cascade de glace
	Autres :

Cachet et signature du médecin.