



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES DE PLEIN AIR

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant

Certifie avoir examiné

Né(e) le

Et avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des sports plein air suivants :

- Escalade
- Canoë / kayak
- Equitation
- Spéléo
- Canyoning
- VTT
- Parcours aventure dans les arbres
- Tir à l'arc

(Cochez les activités ne présentant aucune contre indication)

Fait à le

Cachet, signature et observations éventuelles du médecin

