



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE
INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITES
PHYSIQUES DE PLEIN AIR**



Je soussigné, docteur en médecine,
certifie avoir examiné..... né(e) le..... et
n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des sports de plein air
suivants :

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

(Cocher les activités ne présentant aucune contre-indication)

Fait àle

Cachet, signature et observations éventuelles du médecin