

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr .....  
*I, the understanding doctor, El Dr*

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Mr/Mme .....  
*Certifies that the examination of M or Mrs / Certifica que el examen de Mr o señora*

Date de naissance ..... / ..... / .....  
*Date of birth / Nacido el*

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **la course à pied en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du **VTT et cyclisme en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **la course d'orientation en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Canoë, Kayak, Raft en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique **d'épreuve de corde (escalade) en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **la Natation en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Canyoning en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Roller en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Ski fond, rando, alpin en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Raquette à neige en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Tir à l'arc, carabine en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **Parcours acrobatique en compétition**

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **la spéléologie en compétition**

*Rayer la ou les activités interdites, le total de pratique autorisée est de .....activités*

Certificat établi à ..... Date ..... / ..... / .....  
*Certificate established in / Certificado realizado en Date / El*

Signature du Médecin  
*Signature of the doctor / Firma*

Tampon du Médecin  
*Stamp of the doctor / Sello*