



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné

certifie avoir examiné le patient

M/Mme/Mlle (Nom, Prénom et Adresse)

.....

..... Né(e) le.....

et déclare qu'à ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique

- **du Cyclotourisme,**
- des randonnées pédestres,
- des randonnées à ski,
- de la marche nordique,

disciplines excluant toute forme de compétition.

(Rayer les sports pour lesquels le patient serait inapte à sa pratique)

Cachet du Médecin

Fait à

Date :

Signature du Médecin :



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné

certifie avoir examiné le patient

M/Mme/Mlle (Nom, Prénom et Adresse)

.....

..... Né(e) le.....

et déclare qu'à ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique

- **du Cyclotourisme,**
- des randonnées pédestres,
- des randonnées à ski,
- de la marche nordique,

disciplines excluant toute forme de compétition.

(Rayer les sports pour lesquels le patient serait inapte à sa pratique)

Cachet du Médecin

Fait à

Date :

Signature du Médecin :