

CACHET DU MEDECIN

CERTIFICAT MEDICAL

délivré sur la demande du patient et remis en main propre

Je soussigné(e), Docteur

Déclare avoir examiné M. / Mme

et n'avoir constaté aucun signe clinique ni antécédent personnel contre-indiquant la pratique des activités suivantes :

<input type="checkbox"/> Randonnée Pédestre	<input type="radio"/> En compétition <input type="radio"/> Hors compétition
<input type="checkbox"/> Marche aquatique	<input type="radio"/> En compétition <input type="radio"/> Hors compétition
<input type="checkbox"/> Marche Nordique	<input type="radio"/> En compétition <input type="radio"/> Hors compétition
<input type="checkbox"/> Préparation Physique	
<input type="checkbox"/> Yoga	
<input type="checkbox"/> Raquette à Neige	

Le :

Signature :