

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

Le :

Signature :