



CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

2020-2021

Je soussigné(e) : _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme ou Melle : _____

né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ; dont l'état de santé ne présente aucun signe clinique décelable contre indiquant la pratique des épreuves multisports en nature en compétition.

Activités sportives de base :

☐ Trail / Course à pied / Trekking

☐ Cyclisme / VTT

☐ Canoë / Kayak / Raft

☐ Course d'orientation

☐ Run and Bike

☐ Escalade

☐ Natation

☐ Roller

☐ Ski de fond / rando / alpin

☐ Raquette à neige

☐ Tir à l'arc / laser / carabine

☐ Parcours acrobatique

☐ Musculation

☐ Autres (préciser) : _____

Nombre d'activités cochées

Attention, certaines activités spécifiques comme la plongée, le vol libre, ... peuvent nécessiter des certificats visés par des médecins spécialisés ou fédéraux (se référer à la législation en vigueur).

Date :

Signature du médecin + cachet