



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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trail / Course à pied / Trekking | <input type="checkbox"/> Roller |
| <input type="checkbox"/> Cyclisme / VTT | <input type="checkbox"/> Ski de fond / rando / alpin |
| <input type="checkbox"/> Canoë / Kayak / Raft | <input type="checkbox"/> Raquette à neige |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc / laser / carabine |
| <input type="checkbox"/> Run and Bike | <input type="checkbox"/> Parcours acrobatique |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Musculation |
| <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> 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