CERTIFICAT MÉDICAL
SAISON 2021 / 2022

Je soussigné(e), ……. Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .....
Prénom :.....
Né(e) le : …. / …. / …….

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du/des sports ci-dessous, hormis celui/ceux rayé(s), y compris en compétition.

BADMINTON	**BASKETBALL**	**COURSE À PIED**
DANSE	**NATATION**	**RANDONNÉE**
SQUASH	**TENNIS**	**VOLLEYBALL**
FOOTBALL	**YOGA**	**HANDBALL**

Fait le .... /.... / ..... à .....

Signature :	**Cachet du Médecin examinateur :**

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de l'association Chemin des Cimes.
Ces examens ne sont pas pris en charge par l'association Chemin des Cimes.