

**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE – INDICATION À LA PRATIQUE
DES ACTIVITÉS SPORTIVES DE MONTAGNE**

Je, soussigné (e) :

.....

Docteur en Médecine, (adresse) :

.....
.....
.....

certifie avoir examiné : Mme, Melle ou M.....

.....

né (e) le

et n’ avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la
pratique de toute activité sportive de montagne.

Fait à le

Cachet et signature du Médecin