



Certificat Médical  
de non contre-indication  
à la pratique de l'athlétisme,  
de la course à pied, et  
du ski Alpinisme



Je soussigné(e), Dr.....

Certifie que l'examen ce jour de

M., Mme, l'enfant .....  
*(barrer les mentions inutiles, puis indiquer les nom et prénom du patient)*

né(e) le .....

ne met pas en évidence, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'Athlétisme,  
de la course à pied et du ski alpinisme, à l'entraînement et en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.

Le ..... à .....

Cachet et signature du médecin

Cachet <u>et</u> signature du médecin
---------------------------------------