

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE
DES ACTIVITES SPORTIVES DE MONTAGNE**

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine, demeurant :

Certifie avoir examiné : Mlle 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