

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné (e), Docteur _____

certifie après avoir examiné ce jour _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : masculin féminin

Qu'il ne présente ce jour aucune signe d'affection cliniquement décelant
contre indiquant LA PRATIQUE SPORTIVE DE LOISIR (*)

- le ski assis
- le ski
- la randonnée assise (en Joëlette)
- la randonnée pédestre
- la randonnée en raquettes assis
- la randonnée en raquettes
- le canoé kayak
- l'escalade
- vélo
- autres _____

Restrictions d'altitudes : _____

Remarques restrictives éventuelles : _____

Date de l'examen

Signature du médecin

(*) Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical. Nos activités sont présentées sur www.umen.fr