



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur....., Docteur en
médecine, certifie avoir examiné Mme, Mlle, M. :

.....

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :
.....

Membre adhérent du club :

Il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique de :
(cocher la case correspondante)

- du canyonisme (pratique de type "loisirs")
- de l'escalade

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e), en un exemplaire, et remis en main propre.

Fait à :

Date : / /

Signature et cachet professionnel