

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine, demeurant à .....

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, à ce jour, aucun signe apparent contre indiquant la pratique des sports suivants dans le cadre des activités du club AS Mouthe section ski.

Et ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition.

Ski de Fond

Biathlon

Course à pied

Ski de Saut

Roller-Ski

Tir

Ski Alpin

Autres (précisez).....

Certifie que la vaccination du patient ci-dessus est à jour.

Ce certificat est valable pour une année.

Fait à .....

Le.....