



CERTIFICAT MEDICAL
OUI PLAY

Je soussigné, Docteur : _____
Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle : Né (e) le : ___ / ___ / ___
Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants en compétition (rayer la/les mention(s) éventuellement contre-indiquée(s)) :
Biathlon – Golf sur neige – Airboard – Fat bike – Trail blanc – Parcours du combattant – Short track – Ski de rando – Ski ou Snowboard cross – Ski & Snowboard.

Fait à _____, le ___ / ___ / 20__

Signature du médecin:

Cachet du médecin: