



CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

2026-2027

Je soussigné(e) : _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme ou Melle : _____

né(e) le : _ _ / _ _ / _____ ; dont l'état de santé ne présente aucun signe clinique décelable contre indiquant la pratique des épreuves multisports en nature en compétition.

Activités sportives de base :

- | | |
|---|---|
| ☐ Trail / Course à pied / Trekking | ☐ Roller |
| ☐ Cyclisme / VTT | ☐ Ski de fond / rando / alpin |
| ☐ Canoë / Kayak / Raft | ☐ Raquette à neige |
| ☐ Course d'orientation | ☐ Tir à l'arc / laser / carabine |
| ☐ Run and Bike | ☐ Parcours acrobatique |
| ☐ Escalade | ☐ Musculation |
| ☐ Natation | ☐ Autres (préciser) : _____ |

Nombre d'activités cochées

Attention, certaines activités spécifiques comme la plongée, le vol libre, ... peuvent nécessiter des certificats visés par des médecins spécialisés ou fédéraux (se référer à la législation en vigueur).

Date :

Signature du médecin + cachet