



## CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

2024-2025

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 :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trail / Course à pied / Trekking | <input type="checkbox"/> Roller                         |
| <input type="checkbox"/> Cyclisme / VTT                   | <input type="checkbox"/> Ski de fond / rando / alpin    |
| <input type="checkbox"/> Canoë / Kayak / Raft             | <input type="checkbox"/> Raquette à neige               |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation             | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc / laser / carabine |
| <input type="checkbox"/> Run and Bike                     | <input type="checkbox"/> Parcours acrobatique           |
| <input type="checkbox"/> Escalade                         | <input type="checkbox"/> Musculation                    |
| <input type="checkbox"/> Natation                         | <input type="checkbox"/> 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