



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur exerçant à

certifie avoir examiné : NOM Prénom

Né(é) le :

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives de la **FFME, escalade et sports de montagne** (Escalade, Alpinisme, Canyoning, Ski-alpinisme, Randonnée, Raquettes à neige) y compris en compétition.

(Le cas échéant rayer la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée).

Date :

Signature et cachet du médecin :

RAPPEL :

Le certificat médical est une obligation légale conformément aux articles L231-2 et L231-3 du Code du sport. Le certificat médical permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionné, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée. Il peut, à la demande du licencié, ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

La production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité des sports statutaires est exigée pour la pratique de l'alpinisme. Le club Escalibourne inscrit en tant qu'association multi-activités incluant l'alpinisme impose le certificat médical tous les ans.