



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 **FFCAM, 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 :

Les dispositions du code du sport relatives au certificat médical ont été modifiées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ainsi que par le décret n°2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

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, discipline à contrainte particulière. Le club Escalibourne inscrit en tant qu'association multi activités incluant l'alpinisme impose le certificat médical tous les ans conformément à la loi.