

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE INDICATION
À LA PRATIQUE DES SPORTS DE RAID**

Ce certificat peut être établi par tout médecin de son choix.

Je soussigne(e), Docteur _____, certifie après examen clinique que :

M. /Mme :

Né(e) le :

Ne présente à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique en compétition des sports de raid, notamment le trail, le VTT, la Course d'orientation, les activités nautiques.

Fait à _____, le

Signature et cachet du médecin
