



Le Bélier Blanc

Vendredi 10 janvier 2025

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M / Mme / Mlle,
né(e) le ____ / ____ / ____ Age :
ne révèle pas de contre-indications à la pratique du ski alpinisme y compris en compétition.

Certificat établi à :

Le :

Signature et tampon du médecin :