



Certificat médical de non contre-indication à la  
pratique des sports de la section escalade de CPS X

Section escalade de CPS X affiliée à la FSGT

Je, soussigné Docteur ..... ,  
Certifie avoir examiné : Nom ..... Prénom : .....  
Né(e) le .....

Après examen, j'atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de signe de contre-  
indication à la pratique des activités physiques et sportives de la section escalade de CPS X,  
escalade et sports de montagne mentionnées dans les cases cochées ci- dessous :

- ESCALADE  Y compris en compétition
- ALPINISME
- SKI-ALPINISME
- RANDONNEE

Nombre de case(s) cochée(s) :

Lieu et date :

Signature et cachet du médecin :