

# ASSOCIATION EQUATEUR

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES SPORTS DE MONTAGNE

Je soussigné,

Docteur : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

M. Mme. Mlle :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre indication à la pratique des sports suivants (cocher les sports autorisés) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Randonnée montagne             | <input type="checkbox"/> Marche nordique et sportive |
| <input type="checkbox"/> Randonnée raquette et glacière | <input type="checkbox"/> Escalade                    |
| <input type="checkbox"/> Pratique du V.T.T              | <input type="checkbox"/> Canyoning                   |

La pratique de ces activités en compétition est autorisée

- Oui       Non

Date de l'examen

Cachet du médecin

Signature du médecin

**Randonnée montagne** = randonnée pédestre en moyenne montagne sur tous types de terrains  
**Randonnée raquette** = randonnée avec raquettes sur terrains vallonnés  
**Randonnée glacière** = randonnée avec utilisation de crampons et de piolet  
**Marche nordique** = marche rapide avec utilisation de bâtons sur pistes forestières avec dénivelés faibles  
**Marche sportive** = marche rapide avec utilisation de bâtons sur chemins de montagne avec dénivelés faibles à moyens