



CERTIFICAT MEDICAL

Le Docteur.....certifie, après examen, que l'enfant
Nom, Prénom,.....
Né(e) le
Adresse.....

Est apte à la pratique des activités sportives proposées par l'ABC.

	Oui	Non
• Sports collectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Canoë Kayak et disciplines associées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Equitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Escalade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sports de Combat (<i>Escrime, judo, Full contact...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sports Mécaniques (<i>Quad, Cross car...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Voile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tir à l'arc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tir à armes à air comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ski alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Surf neige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Surf mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à, le

Cachet du médecin,

Signature,