



Saison 2024 – 2025

CERTIFICAT MEDICAL PRATIQUE
DU SKI ALPIN EN COMPETITION

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné Mme / M.

né le/...../.....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du ski alpin en compétition.

Fait à :

Le :