

Fédération Régionale des Sports d'Orientation

Club : Matricule ../...

CERTIFICAT MEDICAL Saison compétitive 2024

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je soussigné, docteur en médecine,
certifie avoir examiné l'intéressé(e) et l'avoir reconnu(e)

- Apte et présente, à ce jour, une absence de contre-indication médicale apparente (*)
- Inapte temporairement jusqu'au (*)
- Inapte définitivement. (*)

- à la pratique de la course d'orientation en compétition
- à la pratique de la marche d'orientation
- à la pratique du VTT-Orientation en compétition
- à la pratique de la piste d'orientation
- à la pratique du raid d'orientation

Pratiqués sous forme de compétition, la course d'orientation, le VTT-Orientation et le raid d'orientation nécessitent une dépense physique importante.

Le présent certificat est valable pour la saison compétitive 2024.

Date :

Signature et numéro du médecin :

(*) : biffer la mention inutile