

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE
D'ORIENTATION EN COMPETITION - spécialités « pédestre, VTT, Ski »**

Ce certificat peut être établi par tout médecin de son choix.

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné(e), ce jour

Mme, M.

Né(e) le

Je certifie qu'il (elle) ne présente, à ce jour, aucune contre-indication médicale à la pratique de la Course d'Orientation en compétition

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du médecin

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL (pour les mineur(e)s)

Je soussigné(e), Mme, M. _____ (père, mère ou représentant légal*)
autorise mon fils - ma fille, à pratiquer la course d'orientation en compétition

Fait à _____ le _____

Signature

* rayez les mentions inutiles

