

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur

certifie avoir examiné

M.elle, Mme, Mr, l'enfant

qui ne présente aucune contre indication apparente à la pratique des sports suivants

- **Ski de fond**
- **Biathlon**
- **Saut à ski**
- **Combiné nordique**

En cas de contre indication à l'un des sports ci-dessus, rayer le ou les sports contre indiqués.

**Date et signature
Cachet du médecin**