

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur en médecine .....

Certifie avoir examiné ce jour

M. Melle .....

Je déclare que :

l'intéressé(e) est apte à pratiquer les activités suivantes « dites à risques » par l'arrêté du 3 juin 2004 fixant les modalités d'encadrement et les conditions de pratique de certaines activités physiques dans le cadre des vacances et des loisirs sans hébergement.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baignade                | <input type="checkbox"/> Canoë-Kayak   |
| <input type="checkbox"/> Activités accrobranches | <input type="checkbox"/> Rollers       |
| <input type="checkbox"/> Sports collectifs       | <input type="checkbox"/> Voile         |
| <input type="checkbox"/> Ski                     | <input type="checkbox"/> Escalade      |
| <input type="checkbox"/> Raquettes à neige       | <input type="checkbox"/> Equitation    |
| <input type="checkbox"/> Rafting/Canyoning       | <input type="checkbox"/> Spéléologie   |
| <input type="checkbox"/> Randonnée               | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc   |
| <input type="checkbox"/> VTT                     | <input type="checkbox"/> Patin à glace |

l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indications médicales pour la pratique sportive.

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du médecin

**SERVICE ANIMATION JEUNESSE**

Salle d'activités : Tél/Fax : 05.59.15.03.69

Téléphone portable : 06.07.10.89.28