**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je soussigné, Docteur ………………………………………………………………..**

**Certifie avoir examiné : Nom ………………………………… Prénom ……………………….**

**Né(é) le : …………………………………….**

**Après examen, j’atteste que l’intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre indication à la pratique de l’escalade .**

**Pratique en compétition : □ Oui □ Non**

**Date :**

**Cachet et signature du médecin :**