

ASSOCIATION DES SPORTS DE PLEINE NATURE

ASPeN AUTUN



**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur.....  
certifie avoir examiné ce jour,

NOM: .....

PRENOM: .....

date de naissance: .....

sexe: Masculin(1) Féminin(1)

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE DE:

**Trail , course à pied – Cyclo VTT – Cyclosport – Canoë, Kayak – Escalade –  
Course d'Orientation – Epreuves combinées, Raid Multi activités – Voile –  
Ski de fond, Raquettes, Ski de Randonnée.**

Nombre de sports autorisés  ( de 1 à 9: chaque expression entre tirets = 1 sport )

y compris en COMPETITION (1)

cachet du médecin

date de l'examen:

.....

signature

(1) rayer les mentions inutiles

N.B: Le certificat médical est obligatoire pour l'inscription au club et la participation aux activités organisées par l'ASPeN.  
Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.

Multisport: Le code du sport précise: « ... un certificat médical attestant l'absence de contre indication à la pratique de  
l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »

Ce qui veut dire que ce certificat ne peut être délivré pour « toute activité » et qu'il doit préciser telle(s) ou telle(s) activité(s).