



TUC Ski Snow

Certificat médical

SAISON SPORTIVE 2024-2025

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine

Certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du Ski / Snowboard

(Préciser « y compris en compétition » si nécessaire)

Certificat établi le : _____

Signature du médecin :

Tampon du médecin :