



TUC Ski Snow

Certificat médical

SAISON SPORTIVE 2025-2026

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 :