

Fédération Régionale des Sports d'Orientation

Matricule 33/

CERTIFICAT MEDICAL SAISON 2019

Nom :

Prénom :

Club : **BALISE 10**

Date de naissance :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné l'intéressé(e) et l'avoir reconnu(e)

Apte	(*)
Inapte temporairement jusqu'au	(*)
Inapte définitivement	(*)

- à la pratique de la course d'orientation en compétition
- à la pratique de la marche d'orientation
- à la pratique du VTT-Orientation en compétition
- à la pratique de la piste d'orientation
- à la pratique du raid d'orientation

Pratiqués sous forme de compétition, la course d'orientation, le VTT-Orientation et le raid d'orientation nécessitent une dépense physique importante

Le présent certificat est valable pour la saison **2019**.

Date :

Signature et numéro du médecin :

(*) : biffer la mention inutile