

# Fédération Régionale des Sports d'Orientation

Matricule 17/...

## CERTIFICAT MEDICAL Saison compétitive 2020

Nom : .....

Prénom : .....

Club : OLVE

Date de naissance : .....

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

1. Apte et présente, à ce jour, une absence de contre-indication médicale apparente (\*)
2. Inapte temporairement jusqu'au .....(\*)
3. 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 compétitive 2020.

Date : .....  
Signature et numéro du médecin :

(\*) : biffer la mention inutile