**Club : OLVE - Matricule : 17 / ...**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Saison compétitive 20\_**

**Nom : ……………………….**

**Prénom : ……………………**

**Date de naissance : ………………..**

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

-Apte et présente, à ce jour, une absence de contre-indication médicale apparente (\*)

-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 compétitive 2023.

Date : ……………………

Signature et numéro du médecin :

(\*) : biffer la mention inutile