



# Le Bélier Blanc

Vendredi 12 janvier 2024

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur ....., Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M / Mme / Mlle .....,  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : .....,  
ne révèle pas de contre-indications à la pratique du ski alpinisme y compris en compétition.

Certificat établi à : .....

Le : .....

Signature et tampon du médecin :