



CERTIFICAT MEDICAL DE PRATIQUANT

Je soussigné.e, Dr _____, atteste que la personne dénommée ci-dessous

Nom : _____ Prénom : _____

ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique du ski de fond, y compris en compétition,

ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique du biathlon, y compris en compétition.

En raison de l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé lors de la pratique du biathlon, le présent certificat a été établi après un examen au cours duquel une attention particulière a été portée sur :

- l'examen neurologique et la santé mentale ;*
- l'acuité auditive ;*
- l'examen du membre supérieur dominant pour le biathlon.*

Date et lieu de l'examen

Cachet et signature du médecin