

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE
DE LA COURSE D'ORIENTATION EN COMPÉTITION**

**MEDICAL CERTIFICATE OF NO CONTRAINDICATION TO COMPETE IN
ORIENTEERING EVENT**

Je soussigné, Docteur en médecine
I, the signing medical doctor _____

Certifie que Mr, Mme, Mlle
Certify that Mr, Mrs, Miss _____

Né(e) le
Born: _____

ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la
course d'orientation en compétition (après examen médical à la date de ce jour).

has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of
orienteering competitions.

Fait à Le
(non valide si daté de plus d'un an au jour de la course)

Place/Date

(only valid if dated less than one year ago) _____

Signature/tampon du Médecin

Medical doctor's signature/stamp _____

(seulement pour les mineur(e)s) / only for athletes less than 18 years of age:

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL / PARENT'S OR LEGAL GUARDIAN'S

AUTHORISATION Je soussigné(e), (père, mère, ou représentant légal) ,Mme, M.

I, parent or legal guardian, the undersigned, Mrs/Mr _____

autorise mon fils - ma fille, à pratiquer la course d'orientation en compétition.

authorise my daughter/son/ward to participate in orienteering competition.

Fait à Le
(non valide si daté de plus d'un an au jour de la course)

Place/Date

(only valid if dated less than one year ago) _____

Signature

Signature _____