

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné :
Docteur.....

Certifie avoir examiné

M. – Mme - Mlle.....

Né(e) le

Et n'avois constaté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant la pratique de la **randonnée en montagne**.

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin



Association des Usagers de la Pépinière **Section Randonnée en montagne** **Bulletin d'adhésion 2019 – 2020**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/__

Adresse :

Téléphone fixe : __/__/__/__ Portable : __/__/__/__

Personne à prévenir en cas d'accident __/__/__/__

Courriel : _____

Certificat médical obligatoire (de moins de 3 mois) à fournir avant la première randonnée.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des sorties en montagne et je m'engage à le respecter.

J'autorise à : (cocher la case si accord)

- être photographié(e), filmé(e) dans le cadre des activités Montagne
- reproduire, représenter, publier, diffuser, exploiter librement les images ainsi réalisées dans le cadre des activités habituelles de diffusion audiovisuelle, éditoriale ou informatique.

Date

Signature