



Fédération Française
de Spéléologie

CERTIFICAT MÉDICAL

(À remplir par le médecin)

**Pour tout complément d'information sur les contraintes physiologiques de ces activités,
vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.**

Je soussigné(e), Docteur en médecine,, après avoir examiné

M^{me}, M. :

Date de naissance : / /

Certifie qu'il - elle ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique :
(*razer les mentions inutiles*)

- de la spéléologie
- du canyonisme
- de la plongée souterraine

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

Fait à :

Date : / /

Signature et cachet professionnel :

