



CERTIFICAT MEDICAL 2024

À FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN
ET À RENVOYER AVANT LE 15 AVRIL

en même temps que le certificat de
non contre-indication ci-joint
au secrétariat de Handi-Rando

Ce document sera conservé par Handi-Rando.

Nom du club : **HANDI-RANDO asbl**

Vignette mutuelle

OU

Nom : Prénom :

Date de naissance : NISS :

Type de handicap :

- Autre(s) pathologie(s) :
affection cardio-vasculaire :
allergies :
asthme :
autres :

- Date du dernier vaccin ou rappel antitétanique :

- J'estime que les précautions suivantes seraient utiles : (remarques, restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements ou disciplines sportives)

.....
.....

Traitement :

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ? oui ① non ②
Si oui, lesquels ?

.....
.....

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin.

Le