



CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE 2024

À FAIRE COMPLETER PAR LE MÉDECIN
ET À RENVOYER AVANT LE 15 AVRIL
en même temps que le certificat médical ci-joint
au secrétariat de Handi-Rando

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

Vignette mutuelle

OU

Nom : Prénom :

Date de naissance : NISS :

Type de handicap :

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que l'examen du sportif dont l'identité est reprise ci-dessus **ne révèle pas de contre-indication à la pratique sportive.**

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin.

Le