



Certificat Médical

(à renvoyer à : CAB Fédération, Avenue Albert 1er 129, 5000 Namur)

Le docteur en médecine (nom)

Atteste que (nom) (prénom).....

Adresse :

Code Postal : Localité :

Tél : GSM :

Né(e) le Sexe (M/F) : Profession :

Courriel : Nationalité :

S'est soumis(e) à un examen médical en vue de la pratique des activités du Club Alpin Belge (randonnée, escalade, alpinisme, canyoning).

Fait à

Signature et cachet :

Date :