

**CERTIFICAT MEDICAL**

Le Docteur en Médecine .....

Atteste que :

Nom : .....

Date de naissance : ..... F/M

Rue : ..... n° : ..... boîte : .....

CP : ..... Localité : .....

Tel : ..... GSM : .....

E mail : .....

Nationalité : .....

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

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet

.....

Document à envoyer à notre secrétaire E. Thille Av M.H. Van Laer 87 1070 Bruxelles  
ou sur [infocabbrabant@gmail.com](mailto:infocabbrabant@gmail.com)

Le Club Alpin Belge Bruxelles-Brabant est affilié à la Fédération Francophone d'escalade, d'alpinisme et de randonnée

