



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 -se à une visite médicale en vue de la pratique des activités du Club Alpin Belge. (randonnée, escalade, alpinisme, canyoning)

Fait àDate

Signature et cachet :

Document à envoyer notre secrétariat via infocabbrabant@gmail.com



**CLUB
ALPIN
BELGE**

Fédération francophone
d'escalade, d'alpinisme
et de randonnée.

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