

CERTIFICAT MEDICAL GAB

Je soussigné, Docteur : _____
Certifie avoir examiné :

Prénom : _____ NOM : _____

Né(e) le : __ / __ / _____

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives du GAB, escalade et sports de montagne y compris l'alpinisme et la spéléologie. Le cas échéant mentionner la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée :

ESCALADE Activité contre-indiquée

SKI-ALPINISME Activité contre-indiquée

RAQUETTE À NEIGE Activité contre-indiquée

RANDONNÉE Activité contre-indiquée

SPELEOLOGIE Activité contre-indiquée

ALPINISME Activité contre-indiquée

Date : __ / __ / _____

Cachet du médecin :

Signature :

RAPPEL : suivant l'Arrêté du 24 juillet 2017, les caractéristiques médicales de non contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières :

Pour la pratique de l'alpinisme au-dessus de 2500 mètres d'altitude, l'examen médical présente les caractéristiques suivantes :

- une attention particulière est portée sur l'examen cardio-vasculaire ;
- la présence d'antécédents ou de facteurs de risques de pathologie liées à l'hypoxie d'altitude justifie la réalisation d'une consultation spécialisée ou de médecine de montagne ;

Pour la pratique de la spéléologie, l'examen médical présente une attention particulière sur l'examen de l'appareil cardio-respiratoire et pour la pratique de la plongée souterraine, sur l'examen ORL (tympan, équilibration/perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire