



Naam : .....  
Voornaam : .....

## MEDISCH CERTIFICAAT

De ondergetekende arts,

**Dr.:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Postcode:** \_\_\_\_\_ **Plaats:** \_\_\_\_\_

**Land:** \_\_\_\_\_ **Telefoon:** \_\_\_\_\_

Verklaart deze dag te hebben onderzocht:

Dhr, Mevr.:

**Naam:**

\_\_\_\_\_  
**Voornaam:**

\_\_\_\_\_  
**Geboortedatum:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Er zijn, tijdens dit onderzoek, geen contra-indicaties ontdekt voor het wandelen in bergachtig gebied.

Datum .. / .. / ....

Handtekening en stempel van de Arts :