



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 :