

Certificat médical BOLIVIE 2027

Je soussigné Dr.....(nom prénom)
ville d'exercice.....
téléphone.....
mail.....

CERTIFIE qu'à la connaissance médicale de :

Madame.....(nom prénom)
Monsieur.....(nom prénom)

Peut ou peuvent bénéficier du voyage BOLIVIE en 2027 sachant que nous suivrons un circuit par paliers pour passer à l'altitude de 4 090 mètres. (Certificat afin d'éviter des inconvénients tels que mal des montagnes, malaise, oedème ou autres.). Il est évident que les conditions physiques peuvent évoluer durant l'année suivante l'inscription.

Fait à

Le Nom Prénom..... ;

cachet

et

Signature

pour utilisation uniquement pour l'association :



CLRD

CLRD - Culture Loisirs Retraités Doubs

Culture et Loisirs avec les Retraités du DOUBS

DUPRE Didier responsable du voyage

Président

3 Rue des Jardins

70190 CROMARY

06 77 16 72 85

dupre.clrd@gmail.com