



## Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Le ..... à .....

Je, soussigné(e) Dr ..... déclare avoir examiné

Mme/M ..... âgé(e) de .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique de :

- |   |                    |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> La randonnée Pédestre hors compétition   | )                  |
|   | ) Ne cocher que    |
| <input type="checkbox"/> La Marche Nordique hors compétition  | ) l'activité que   |
|   | ) vous pratiquerez |
| <input type="checkbox"/> La Rando Santé (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement) | )                  |
|   | )                  |

TAMPON

SIGNATURE