ASSOCIATION DES RANDONNEURS DES PAYS D'ORANGE – A.R.P.O.
Maison des Associations – 384 Route de Caderousse – 84100 ORANGE
☎. 06 14 28 09 80

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 :

- La randonnée Pédestre hors compétition)
- La Marche Nordique hors compétition) Ne cocher que l'activité que vous pratiquerez
- La Rando Santé (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement))

TAMPON SIGNATURE