

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique sportive

Je, soussigné(e), Docteur..... déclare avoir examiné
Mme / M. âgé(e) de.....
et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent contre-indiquant les pratiques
suivantes :

Disciplines	Hors Compétition (1)
Randonnée pédestre (2)	
Raquette à neige	
Marche nordique	
Randosanté	

- (1) Cochez la ou les disciplines concernées
(2) Si vous avez l'intention de faire des compétitions faites indiquer : « y compris en compétition »
Compétition = randochallenge ®, marche d'endurance,...

Pour permettre à nos animateurs de mieux encadrer le pratiquant, nous vous demandons d'ajouter les conseils suivants si vous le jugez pertinent :

Altitude à ne pas dépasser :
Fréquence cardiaque à ne pas dépasser :
Dénivelé horaire à ne pas dépasser (mètres/heure) :
Abstention de la pratique lors des pics polliniques et/ou polluants : oui / non

Le
à.....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN