

Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Je, soussigné(e), Docteur..... déclare avoir examiné
M/Mme..... âgée de

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

- ☐ La pratique de la randonnée
- ☐ La pratique de la marche nordique
- ☐ La pratique du long-côte
- ☐ La pratique de ces activités en compétition.

AYER LA OU LES MENTIONS INUTILE(S)

Le

à.....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN