

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>CERTIFICAT MEDICAL<br/>D'ABSENCE DE<br/>CONTRE-INDICATION A LA<br/>PRATIQUE SPORTIVE</b> |  |
|---|---|---|

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

Mme/M.....âgé(e) de.....

Et n'avoir pas constaté à ce jour, de signe clinique apparent ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant :

(Cochez les cases)

|   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
|   | <u>Randonnée Pédestre</u> | <input type="radio"/> Hors compétition<br><input type="radio"/> En compétition (Rando-Challenge®) |
|  | <u>Marche Nordique</u>    | <input type="radio"/> Hors compétition<br><input type="radio"/> En compétition                    |
|  | <u>Rando Santé®</u>       | <input type="radio"/> Hors compétition  |

A.....

Le.....

Cachet

Signature

**Nombre de cases cochées :**