

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

AYER LA OU LES MENTIONS INUTILE(S)

À

Le.....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN