

Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive

Le..... à

Je soussigné Docteur.....

Déclare avoir examiné Mme, Mlle, M

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

- La Randonnée Pédestre**

- La Marche Nordique**

- La Rando Douce** (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement)

Cher confrère, Chère consoeur,

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 (total) à ne pas dépasser :
- Abstention de la pratique lors des pics polliniques et /ou polluants : **oui/non**

Avec nos remerciements confraternels
La commission médicale de la FFRandonnée

TAMPON

SIGNATURE