

## Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive 202.../202...

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 personnel contre-indiquant la pratique des activités de marche et de randonnée.

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