

## Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive 2023/2024

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 <sup>(1)</sup>

**RAYER LA MENTION INUTILE**

La pratique des activités de marche et de randonnée EN COMPETITION <sup>(1)</sup>

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