

## Certificat médical de non contre-indication à la randonnée pédestre

**Durée de validité : 3 ans**

(A remplir par votre médecin traitant)

Le ..... à.....

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

Mme / M..... né(e) le.....

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

la randonnée pédestre

à la journée

en itinérance ou pendant plusieurs jours consécutifs

La randonnée en raquettes à Neige

Madame, Monsieur, 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**

Autres conseils : .....

Cachet /Signature