

***Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive***

Le ................. à.............................................................

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

Mme / M………………………………………………………… âgé(e) de……………

et n’avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d’antécédent personnel

contrindiquant la pratique de :

 La Randonnée Pédestre : 

en compétition

 hors compétition

 La Marche Nordique hors compétition

 La Raquette à Neige hors compétition

 La Marche Aquatique Côtière / Longe-côte en compétition hors compétition

 La Rando Santé® (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement)

 *Cher Confrère, Chère Consœur,*

*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 commis**

**sion médicale de la FFRandonnée**





**TAMPON**



**SIGNATURE**













