

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
certifie avoir examiné

M/ Mme

né(e) le

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités sportives suivantes : (Rayer seulement les sports contre-indiqués)

Activités de loisirs hors compétition

Randonnée pédestre

Randonnée alpine avec passage de col à 2500 m

Randonnée à raquettes à neige

Marche nordique

Rallye orientation catégorie loisir

Activités sportives en compétition

Marche nordique

Rallye orientation catégorie sportif

Date, signature et cachet du médecin