

***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 contre-indiquant la pratique de la randonnée ou de la marche nordique

Y compris en compétition

**CACHET**

**SIGNATURE**