



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

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

Gymnastique douce d'entretien

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 recommandations.....

.....
.....
.....

TAMPON



SIGNATURE