



**Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive  
proposé par la commission médicale de la FFRandonnée à fournir  
chaque année (règlement intérieur du club marche rando Chaulnes)**

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 Pédestre** :  en  
compétition  
 hors compétition  
 **La Marche Nordique** 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 : .....

Abstention de la pratique lors des pics polliniques et/ou polluants : **oui / non**

*Avec nos remerciements confraternels*

**La commission médicale de la FFRandonnée**

**SIGNATURE**

**TAMPON**

