

**Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive**  
proposé par la commission médicale de la FFRandonnée

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 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 commission médicale de la FFRandonnée**

**TAMPON**

**SIGNATURE**

cases cochées