

## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A 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 : (cocher les cases voir définition des pratiques au verso)

Randonnée pédestre	<input type="radio"/> en compétition (= Rando Challenge®) <input type="radio"/> hors compétition
Longe-côte/ Marche Aquatique	<input type="radio"/> en compétition <input type="radio"/> hors compétition
Marche d'endurance	<input type="radio"/> en compétition <input type="radio"/> hors compétition
Marche Nordique	<input type="radio"/> en compétition <input type="radio"/> hors compétition
Rando Santé ®	<input type="radio"/> hors compétition
Raquette à Neige	<input type="radio"/> hors compétition

*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 à ne pas dépasser (mètres/heure) : .....

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**

*Nombre de cases cochées :*