



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE - INDICATION
À LA PRATIQUE DE LA RANDONNÉE PÉDESTRE
ET DE LA MARCHÉ NORDIQUE**



Je soussigné (e), Docteur

Déclare avoir examiné ce jour

Né (e)

et n'avoir constaté aucun signe clinique, ni d'antécédent personnel contre indiquant

- la pratique de la randonnée pédestre (*)
- la pratique de la marche nordique (*)

(*) rayer la mention inutile

Fait à Saint Junien le2 0 2 .

SIGNATURE DU MEDECIN

TAMPON