

**Certificat médical
de non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine (préciser)

.....

Déclare, après un examen approfondi, que M. / Mme

Nom.....

Prénom :

Adresse :

Code Postal:..... Ville :

Date de Naissance :/...../19.....

Tel :

Ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique de la randonnée pédestre

Est apte à suivre une randonnée pédestre avec les réserves suivantes :

• Sa fréquence cardiaque ne doit pas dépasser :.....puls/min

• La vitesse de progression à plat ne doit pas dépasser.....Km/h

• Le dénivelé positif horaire ne doit pas dépasser :.....m/h

pendant une durée de :.....heure(s).

Autre recommandation

.....

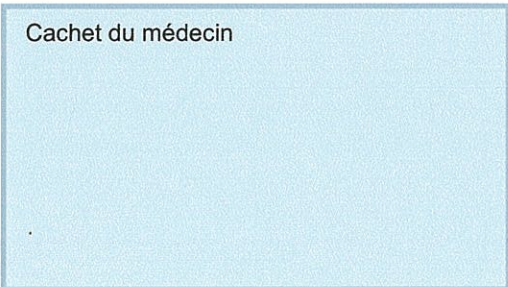
.....

.....

.....

.....

Cachet du médecin



Date et signature du médecin

A.....le...../...../20.....