

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné,,
Docteur en médecine,

certifie avoir examiné Mme – M. Prénom
Né(e) le / / ,
et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport
(activités sportives de loisir, hors compétition).

Particularité pour les Activités Randonnée, et Marche, par affiliation à la FFRP :

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

Fait le..... / / 20

Cachet et signature du Médecin