***Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive Modèle 2015 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**