



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE

Je soussigné(e) .....  
Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné .....né(e) le.....  
et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent **contre-indiquant** la pratique  
des activités sportives suivantes :

(Rayer seulement les sports contre-indiqués)

### Activités de loisirs hors compétition

- Randonnée pédestre familiale
- Randonnée pédestre niveau confirmé
- Randonnée pédestre alpine itinérante (passage de cols à plus de 3000m)
- Randonnée à raquettes de neige
  
- Marche Nordique
- Ski de fond

- Ski de fond

**Autres (préciser) :**

### Activités sportives en compétition

- Marche Nordique
- Rallye orientation

**Autres (préciser) :**

Fait à .....le.....  
(cachet et signature du médecin)