

# *Attestation médicale*

Je soussigné, Docteur.....

certifie, après l'examen médical effectué ce jour, que

Madame / Monsieur .....( Nom )

.....( Prénom )

.....( Date de naissance )

**ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de :**

- **(1) la randonnée pédestre,**
- **(1) la discipline sportive qu'est la marche nordique.**

Eventuelles précautions particulières à prendre par l'intéressé(e) : .....

.....  
.....  
.....

Attestation délivrée à la demande de l'intéressé(e).

Etablie à ....., le .....

( Cachet et signature du Médecin )

(1) Cocher la (ou les) mention(s) qui convient(iennent) .