



## CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine

certifie que M./ Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

*ne présente pas de contre-indication à la pratique*

Randonnées

Sorties raquettes

Sorties Marche Nordique

Sorties ski de fond

Sorties VTT/VTAE

Marche d'Orientation

Initiation Trail

Autres

Cachet du Médecin

Date et signature