

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e) ..... Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné

M/ Mme .....

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

Randonnée alpine avec passage de col à 3000m

Randonnée à raquettes à neige

Marche nordique

Rallye orientation catégorie loisir

Activités sportives en compétition –

Marche nordique

Rallye orientation catégorie sportif

*Date - signature et cachet du médecin*