



# CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e) Docteur.....

confirme que M. / Mme : Nom .....Prénom .....

âge : .....

est **apte** à la pratique de la randonnée pédestre pour :

- sorties de 15 à 25 kms, dénivelé jusqu'à 1200m
- sorties de 12 à 16 kms, dénivelé jusqu'à 800m
- sorties de 10 à 15 kms, dénivelé jusqu'à 600m
- sorties de 9 à 12 kms, dénivelé jusqu'à 300m

Remarques particulières (ex : diabète, asthme, allergie aux piqûres d'insectes, allergie aux pollens, ...)

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

Cachet du médecin et signature

Date