

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**  
**A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SPORTIVES PROPOSEES PAR la FFEPGV et la FFRandonnée**

Je soussigné, Docteur ..... déclare avoir examiné

Mr, Mme : Nom ..... Prénom.....Age.....

et n'avoir pas constaté , à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique d'activités physiques organisées par le FFEPGV et/ou la FFRandonnée (cocher les cases)

<input type="checkbox"/>	GYMNASTIQUE EN SALLE	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE PEDESTRE MONTAGNE À titre indicatif 500 à 1500 m de dénivelé cumulé, maximum, 10 à 20 km maximum
<input type="checkbox"/>	MARCHE RAPIDE SANS BÂTONS (6 km/h)	<input type="checkbox"/>	RAQUETTES A NEIGE
<input type="checkbox"/>	MARCHE DOUCE ± bâtons (2 à 3 km/h)	<input type="checkbox"/>	MARCHE NORDIQUE (5 km/h)

Pour permettre aux animateurs de mieux encadrer le pratiquant, nous vous demandons d'ajouter les conseils suivants, **si vous le jugez pertinent** :

**L'APPAREIL LOCOMOTEUR**

Colonne vertébrale .....

Membres supérieurs .....

Membres inférieurs .....

Prothèses.....

**L'APPAREIL CARDIO VASCULAIRE**

Fréquence cardiaque à ne pas dépasser.....

**L'APPAREIL RESPIRATOIRE**

Essoufflement.....

**L'APPAREIL NEURO SENSORIEL**

Troubles de l'équilibre.....

Vertiges.....

**OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES**

.....

**EN CAS DE RESTRICTIONS, PRECISER :**

- Pour la randonnée :
  - ALTITUDE A NE PAS DEPASSER : .....
  - DENIVELE JOURNALIER A NE PAS DEPASSER : .....
  - ABSTENTION de la pratique lors de pics polliniques et/ou Polluants : OUI/NON
- Pour les autres activités ? : .....
- Autres : .....

Fait le : .....  
 Signature et cachet du médecin