

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