

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ET NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE 2023/2024**

Je soussigné(e), **Docteur** déclare avoir examiné

Me / M.....**agé(e) de**.....et n'avoir constaté,

à ce jour, de signes cliniques ni d'antécédent personnel contre indiquant la pratique des activités :

- Le Longe-Côte,
- Le Longe-Côte Santé,
- La Marche Nordique,
- La Randonnée pédestre,
- La Randonnée Santé

- Hors compétition,
- En compétition

Fait le

A

Signature du Médecin

Cachet du Médecin