



**CERTIFICAT MÉDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE D'UN SPORT  
SAISON 2017-2018**

---

Nom et prénom du membre : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Tél : ..... Gsm : .....

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr .....

Né(e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport de loisir suivant :

**MARCHE NORDIQUE**

Observations : .....

.....

.....

.....

A .....

Le .....

Signature

Cachet