



**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je, soussigné Docteur :** .....

**Adresse :** .....

**Certifie que M.** .....

ne présente aucune contre-indication pour la pratique de la randonnée pédestre, de raquettes, et de ski de fond.

**est notamment :**

- autorisé à pratiquer la randonnée en montagne oui  non
- altitude à ne pas dépasser.....
- autorisé à participer à des randonnées prolongées de plusieurs jours oui  non

**Observations éventuelles :**

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

**Cachet du médecin**

**Date**.....

**Signature**