



## CERTIFICAT MEDICAL

Fédération Française de la Randonnée Pédestre  
Année 2023 / 2024

Je soussigné (e), Docteur .....

Confirme que M. / Mme Nom .....Prénom .....

Est apte à la pratique de la randonnée pédestre pour des :

(cocher les cases pour une réponse positive)

- Sorties de moins de 12 kms (moins de 3 h de marche)
- Sorties de 12 à 19 kms (3 à 5 h de marche)
- Sorties de plus de 20 kms (5 h de marche)
- Randonnées classiques à 3 ou 4 kms/h
- Randonnées sportives à rythme égal ou supérieur à 5 kms/h
- Marche Nordique
- Sorties à plus de 1500 m d'altitude
- Sorties à plus de 2000 m d'altitude
- Vaccinations polio et tétanos à jour

Remarques particulières (ex. : diabète, asthme, allergies aux piqûres d'insectes, aux pollens)

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

Certificat valable ..... mois

Date et signature du médecin

Cachet du médecin

A .....le ...../...../20.....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Email : .....@.....

Téléphone ☎ ..... 📞 .....