



CERTIFICAT MEDICAL

Fédération Française de la Randonnée Pédestre
Année 2023 / 2024

Je soussigné (e), Docteur

Confirme que M. / Mme NomPrénom

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

Ale/...../20.....

Né(e) le :

Adresse :

Email :@.....

Téléphone ☎ 📞