



Certificat Médical en vue de la pratique de l'ATHLÉTISME
(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur

Certifie que ...M.....

né(e) le

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la marche nordique

Fait à, le.....

Cachet et Signature :

Conserver une copie



Certificat Médical en vue de la pratique de l'ATHLÉTISME
(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur

Certifie que ...M.....

né(e) le

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la marche nordique

Fait à, le.....

Cachet et Signature :

Conserver une copie