



**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**