CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné .... Docteur en médecine

certifie que M.

Nom : ..... Prénom : .. ..

Né le :. .....

☐ *ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive pour les activités suivantes :*

- *Marche nordique*
- *Séjours (Voyages)*
- *Ski*

Cachet du médecin

Date et signature

FEDERATION DU CLUB VOSGIEN – 7 rue du Travail – F/67000 STRASBOURG
Tel : 03 88 32 57 96 - Fax : 03 88 22 04 72
email : info@club-vosgien.com Internet: www.club-vosgien.com