

## CERTIFICAT MEDICAL (Licence Athlé Santé)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle :

\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS  
COMPETITION de :

**Marche Nordique – Remise en Forme**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (pas antérieur au 1<sup>er</sup> mai 2017)

**Cachet et signature du Médecin**

## CERTIFICAT MEDICAL (Licence Athlé Santé)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle :

\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS  
COMPETITION de :

**Marche Nordique – Remise en Forme**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (pas antérieur au 1<sup>er</sup> mai 2017)

**Cachet et signature du Médecin**