

**CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE
DE LA MARCHÉ NORDIQUE HORS COMPÉTITION**



(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine
certifie avoir examiné ce jour :
né(e) le :
et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPÉTITION de la
Marche Nordique.

RECOMMANDATIONS MÉDICALES à destination de l'Animateur Marche Nordique

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

L'appareil locomoteur :

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé : oui non
 Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O₂ ? oui non quand ?

L'appareil neuro-sensoriel :

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

Autres précautions et/ou préconisations (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc....)

.....
.....
.....
.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Fait à

Le

Signature du médecin :

| |
|-------------------|
| Cachet du médecin |
|-------------------|