 

**C**ERTIFICAT MEDICAL D’**A**PTITUDE ET NON **C**ONTRE **I**NDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e), **Docteur** déclare avoir examiné

**Me / M**………………………………………………..**âgé(e) de** et n’avoir constaté,

à ce jour, de signes cliniques ni d’antécédent personnel contre indiquant la pratique des activités :

Le Longe-Côte,

Le Longe-Côte Santé, La Marche Nordique,

La Randonnée pédestre, La Randonnée Santé

Hors compétition, En compétition

# Fait le A

**Signature du Médecin**

**Cachet du Médecin**

LONGE-COTE LEGE CAP FERRET – 79 avenue de la Mairie – 33950 LEGE CAP FERRET

longecote.capferret@gmail.com SIRET 84817974300010

Tél. : 07.67.02.58.40 – Longe Côte Cap Ferret

-