



# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA MARCHÉ NORDIQUE

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

Mme/M..... agé(e) de .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre indiquant la pratique de :

La marche nordique (hors compétition)

***La vitesse moyenne lors des séances de marche nordique se situe entre 5,5 et 6,5 km/h.  
La durée des séances est d'environ deux heures, échauffements et étirements compris.***

La marche nordique santé (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement).

## RÉSERVES ÉVENTUELLES :

Il (elle) ne doit pas pratiquer d'activités sportives lors de pics polliniques et/ou polluants.

Autres recommandations

- .....
- .....
- .....
- .....

Cachet du médecin

Fait le ..... à .....

Signature