



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

Je soussigné(e), Docteur....., déclare avoir examiné
Mme/M..... âgé(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 adaptée (pour 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

