

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), docteur : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme : _____

né(e) le : ___ / ___ / ___

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de la marche nordique.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___

Signature et tampon du praticien
obligatoires