



CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir par votre médecin traitant

Je, soussigné Docteur....., certifie que :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Ne présente à l'examen médical que j'ai effectué sur lui – elle, **aucune contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre en moyenne montagne.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A....., le.....

(Signature et cachet du médecin traitant)

Nota : ce certificat médical est exigé par la Fédération Française de Randonnée Pédestre à laquelle est affiliée Chemins de traversée, pour la délivrance de la licence fédérale valable pour l'année civile. Il restera valable pendant trois ans, sous certaines conditions. Il doit avoir été établi moins de trois mois avant la demande de licence.