

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION**  
*A remplir par le médecin*

Je soussigné Dr .....

certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme.....

né(e) le .....

Qui ne présente aucun antécédent médical déclaré ni pathologie actuellement décelable entraînant une contre-indication formelle aux activités de la randonnée pédestre (FFRandonnée) dans le cadre de l'US Mauloise GV RP.

Restrictions éventuelles :

.....

Date .....

Signature du médecin et cachet professionnel.