

**ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SPORTIVES PROPOSEES PAR LA F.F.E.P.G.V**

Je soussigné, Docteur

Certifie que Mr, Mme : NomPrénomAge

Ne présente à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités physiques organisées par la F.F.E.P.G.V.

<input type="checkbox"/> GYMNASTIQUE EN SALLE	<input type="checkbox"/> RANDONNEE PEDESTRE MONTAGNE (à titre indicatif 1500 m de dénivelé cumulé maximum, 25 km maximum)
<input type="checkbox"/> MARCHE ACTIVE	<input type="checkbox"/> SKI DE FOND
<input type="checkbox"/> MARCHE NORDIQUE	<input type="checkbox"/> RAQUETTES

CONSEILS à L'ANIMATRICE / RESTRICTIONS EVENTUELLES

Précautions particulières à prendre concernant :

L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Colonne vertébrale

Membres supérieurs

Membres inférieurs

Prothèses

L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Fréquence cardiaque à ne pas dépasser.....

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Essoufflement.....

L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL

Troubles de l'équilibre.....

Vertiges

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES

EN CAS DE RESTRICTIONS PRECISER :

- Pour la randonnée :

ALTITUDE A NE PAS DEPASSER :

DENIVELE JOURNALIER A NE PAS DEPASSER :

- Pour les autres Activités :

AUTRE :

Fait le :

Signature et cachet du médecin.