



Association Rando Evasion Sanguinet

Association loi 1901 et décret du 16 juillet 1901

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

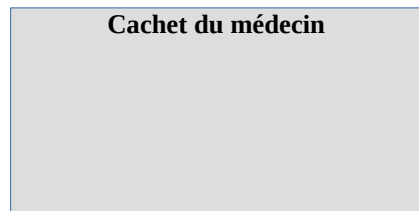
confirme que Mme/M : Nom : _____ Prénom : _____

Est apte à la pratique de la randonnée pédestre pour des : (cocher les cases pour une réponse positive)

- sorties de moins de 12 kms (moins de 3 h de marche)
- sorties de 12 à 19 kms (3 à 5 h de marche)
- sorties de plus de 20 kms (plus de 5 h de marche)
- randonnées classiques à 3 ou 4 kms/h
- randonnées sportives à rythme égal ou supérieur à 5 kms/h
- sorties à plus de 1500 m d'altitude
- sorties à plus de 2000m d'altitude
- vaccinations polio et tétanos à jour

Remarques particulières (ex : diabète, asthme,allergie aux piqûres d'insectes,au pollen,etc...)

Certificat médical valable : _____ mois



Date et signature du médecin

A _____, le _____