



A L'ATTENTION DU MEDECIN

Au-delà de son aspect administratif, le présent document a pour objectif d'autoriser la pratique sportive non compétitive de votre patient, en toute sécurité.

Certificat médical d'aptitude physique. Année 20....

NORDIC WALKING CLUB DE L'OLIVE.

A compléter lisiblement en IMPRIME

Je soussigné....., Docteur en médecine, déclare par la présente avoir interrogé et examiné personnellement ce jour :

Madame, Monsieur : Prénom :

(Nom de jeune-fille pour les dames)

Adresse : N°

Code postal : Commune..... tél :

EMAIL :

Elle / Il ne présente pas, sur base des examens réalisés, de contre-indications à la pratique de la marche nordique (nordic walking) dans le cadre des séances du club.

Recommandations :
.....
.....

Cachet du médecin

Fait à.....,le.....

Signature :

Coller ici la vignette de la mutuelle :

NORDIC WALKING CLUB DE L'OLIVE.

Membre de la Fédération Hainuyère de Nordic Walking (FNHW) et de l'AFFST B

Courriel : nwco25@hotmail.com

Site Web : <http://nordicwalkingclubdelolive.hautetfort.com/>