

# A L'ATTENTION DU MEDECIN

Au-delà de son aspect administratif, le document que nous vous soumettons a pour objectif de permettre la pratique sportive de votre patient en toute sécurité.



Collez ici la vignette Mutuelle

Asbl Mielikki  
Nordic Walking & Outdoor Fitness Association  
Voie des Cocars, 56 - 7370 Dour

## Certificat médical d'aptitude physique

Année : **2020** (Saison sportive 2019-2020)

Club sportif : **Mielikki Asbl (Nordic Walking & Outdoor Fitness Association)**

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

*(A compléter lisiblement EN IMPRIME)*

Madame, Monsieur : ..... Prénom : .....  
*(Nom de jeune fille pour les femmes mariées)*

Adresse : .....

Né(e) le : ..... Téléphone : .....

E-mail :

Il /elle ne présente pas, actuellement, sur base des examens réalisés, de contre-indication à la pratique des activités organisées dans le cadre de la Marche Nordique et activités associées (Nordic skating, renforcement musculaire avec élastiques, entraînement cardio, Pilates).

Recommandations : .....

Cachet du médecin

Fait à ....., le .....  
Signature : .....