Générations Mouvement
FÉDÉRATION DE SAVOIE
20 Avenue des Chevaliers Tireurs
73000 Chambéry
04 79 60 07 74
fede73@gmouv.org

CERTIFICAT MEDICAL pour La "FORME"

(Également obligatoire pour les marcheurs du Groupe 1 petits circuits)

Seuls les correspondants "Forme" sont habilités à les recevoir
L'adresser par Mail à : forme.genemouvsavoie@gmail.com

PARTIE RESERVEE A l'ADHERENT (à remplir en majuscule, SVP)

NOM : . . . . . **PRENOM :** . . . .

Commune du CLUB : . . . . . **N° Téléphone portable :** . . . .

Date de naissance : . . . . . **Adresse Courriel :** _ _ _ _ _ _ _ @ _ _ _

Personne à prévenir en cas d'urgence : . . . . . **Tél :** . . . . . .

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de la Forme

Date: . . . . . **Signature de l'adhérent :** . . . . . .

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Cher Docteur,

Nous vous remercions de donner vos recommandations à la pratique de la marche en montagne.

Ce document que vous remettrez à votre patient, permettra qu'il soit attentif et vigilant dans le choix du groupe de marcheurs.
Veuillez agréer, Cher Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

L'adhérent présente, à ce jour, des contre-indications pour la pratique de la marche en montagne tant en termes de dénivelé qu'en terme d'altitude OUI ❑ NON ❑

Si OUI, à ce jour, il est préférable que la pratique de la marche en montagne **se limite**

- ***A un dénivelé maximal de :***

300 m : ❑ 500 m : ❑ 1000 m : ❑

- ***Et à une altitude qui devra rester inférieure à :***

2000 m : ❑ 2500 m : ❑ autre éventuel : _ _ _ _ ❑

Date . . . . . ***Cachet du médecin et signature***