



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 aux responsables de « la Forme »

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 aux responsables de la section FORME des adhérents de Générations Mouvement d'être attentifs et vigilants dans la constitution des groupes de marcheurs afin de veiller à leur sécurité.

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 : ☐

1500 m : ☐

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

1500 m : ☐

2000 m : ☐

2500 m : ☐

3000 m : ☐

Date

Cachet du médecin et signature