



CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION (CACI) A LA PRATIQUE DU LONGE-CÔTE¹

Je soussigné(e), Docteur :
certifie avoir examiné ce jour :

Madame ☐ Monsieur ☐

NOM et Prénom _____ âgé(e) de _____ ans

et atteste qu'après examen clinique et au vue des éléments médicaux portés à ma connaissance, n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique **des activités du longe-côte.**

- ☐ Pratique sportive encadrée en club agréé
- ☐ Compétition
- ☐ Pratique santé (Longe-côte santé)

Fait à _____ le _____

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

¹ Les activités de marche et de randonnée pratiquées au sein des structures affiliées FFRandonnée sont : randonnée pédestre (y compris en montagne, en ville), promenade, rando challenge®, marche d'endurance, randocaching®, marche afghane, marche rapide, randonnée tourisme, marche avec bâtons, fast hiking, pratiques santé (randonnée santé, longe côte santé, marche nordique santé), balade à roulettes®, longe côte, randonnée longe côte, trail longe côte, marche nordique, raquette à neige