

# CERTIFICAT MÉDICAL

RANDO FANTAISIE - Saison 2024 / 2025

Je soussigné, Docteur.....

confirme que Mme, Mlle, Mr ..... né(e) le :.....

est apte à la pratique de la randonnée pédestre pour les activités ci-dessous **non rayées.**

## SORTIES EN PLAINE

Sorties de moins de 15 km (moins de 3 h de marche)

Sorties de 15 km à 20 km (3 à 5 h de marche)

Sorties de plus de 20 km (plus de 5 h de marche de 3 à 5 km/h)

Randonnées sportives à rythme égal ou supérieur à 5 km/h

## SORTIES EN MONTAGNE ÉTÉ

Sorties à moins de 1500 m d'altitude

Sorties à plus de 1500 m d'altitude

## SORTIES EN MONTAGNE HIVER

Sorties en raquettes ou en milieu enneigé  
à moins de 1500 m d'altitude

Sorties en raquettes ou en milieu enneigé  
à plus de 1500 m d'altitude

Nombre de rubriques rayées :.....

Vaccination polio et tétanos à jour :

## REMARQUES PARTICULIERES

(ex : diabète, asthme, épilepsie, allergie aux piqûres d'insectes, allergie aux pollens,...)

.....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

Cachet et signature

***Ce document est obligatoire pour l'adhésion à l'activité randonnée du Domaine de Fantaisie***  
Par sa signature ci-dessous, l'adhérent susnommé déclare avoir pris connaissance de la charte de Rando Fantaisie (version du 13/12/2019)

Date :.....Signature de l'adhérent :