Cachet du médecin : Lieu, Date :

**Certificat médical de non contre-indication à la participation au pèlerinage Notre Dame de Chrétienté**

Je soussigné Docteur……………………………………………………………

certifie avoir consulté ce jour ………………………………………………….. Date de naissance : …………..

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la participation au pèlerinage Notre Dame de Chrétienté :

Voici un descriptif du déroulement du pèlerinage :

* Samedi après-midi : marche de 10km sans pause
* Nuit sous la tente
* Dimanche matin : marche de 18km entrecoupée de 2 pauses de 10 min chacune
* Pause déjeuner : 2h
* Dimanche après-midi : marche de 6km sans pause
* Nuit sous la tente
* Lundi matin : marche de 4km, 1 pause de 10 min
* Pause déjeuner 40 min
* Lundi après-midi : marche de 8km sans pause

Ces distances sont des maximales, les membres du chapitre peuvent s’arrêter à des points déterminés à l’avance et prendre la voiture qui sera dédiée au chapitre.

Certificat médical établi à la demande de l’intéressé et remis en main propre

**Signature** :