

Nom de la course :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M, Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Ne révèle pas de contre indication à la pratique de la course à pied et du Run & Bike
(relais course à pied/VTT) en compétition.

Certificat médical établi à : _____

Date : _____

Signature du médecin :

Cachet OBLIGATOIRE