

Nom de la course :



Numéro de dossard :

CERTIFICAT MÉDICAL

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 avec obstacles du type "parcours du combattant".

Certificat établi à :

Date :

Signature du médecin :

Tampon du médecin :