



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné

Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de

M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du trailrunning  
(course à pieds en montagne) en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :