



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 :