

**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 :