



Certificat médical

Je soussigné docteur

.....

Certifie avoir examiné ce jour

Nom:..... Prénom:..... Né le :

.....

avoir pris connaissance de la course à laquelle va participer mon patient et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition sur un parcours d'obstacles type parcours du combattant

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin