



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Dr _____ ,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme

_____ , né le ____ / ____ / _____ , ne

relève aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition, dans le cadre de :

- L'Aventurière (course à obstacles) *
- Les 24h Bernard Gaudin (ultra-marathon) *

Certificat établi à _____

Le : ____ / ____ / _____

Signature du Médecin :

Tampon du Médecin

* rayez la mention inutile