

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : /...../.....

Je soussigné Docteur certifie avoir examiné

à ce jour :

dont l'état de santé ne présente aucune contre indication :

- De la course à pied en compétition
- Des passages d'obstacles
- Du franchissement de passage d'eau
- Des obstacles « type parcours du combattant »

Signature du médecin + cachet :