



## CERTIFICAT MEDICAL type

(A remettre au retrait du dossard)

M., Mme, Mlle

NOM : .....

Prénom : .....

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

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par votre médecin)

Je soussigné

Dr.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

.....

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication

A la pratique de la course à pied avec obstacles :

- Course à pied en compétition
- Passage d'obstacles (hauteur limitée à 3m, ramper dans la boue, sauter...)
- Franchissement de passage en eau

Qui se déroulera sur un effort moyen de 1h

Date : .....

Signature du médecin + cachet :