



# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné .....

Docteur en médecine, certifie que l'examen médical de ce jour de

M/Mme/Melle.....

né(e) le ..... à .....

ne révèle pas de contres indications à la pratique de la course à pied en compétition de type route et trail sur un parcours général de type «parcours d'obstacles» ou «parcours du combattant» contenant des franchissements d'obstacles d'une hauteur supérieure à 4 mètres environ ainsi que des franchissements de passages en eau ou de cours d'eau.

Date .....

Cachet et signature du médecin