

Numéro de dossard :

Cadre réservé à l'organisation

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____, Docteur en
médecine, certifie que l'examen de M/Mme _____
_____, né le ____ / ____ / _____, ne relève d'aucune
contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition, dans le
cadre de :

- 24h Bernard Gaudin (ultra-marathon)
- L'Aventurière (course à obstacles)
- La Solidaire (course à pied courte)

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature du Médecin :

Tampon du Médecin :