



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), 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 :

- Les 24h Bernard Gaudin (ultra-marathon)
- Les 6h (course de fond)
- L'Aventurière (course à obstacles)
- La Solidaire (course à pied de 8km)

Certificat établi à _____

Le : ____ / ____ / _____

Signature du Médecin :

Tampon du Médecin