

25 OCTOBRE 2020

# LA DÉFERLANTE EVREUX

## CERTIFICAT MÉDICAL



» À remettre au retrait du dossard

M.    Mme    Mlle

Nom .....

Prénom .....

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

### CERTIFICAT MÉDICAL 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 à la pratique des épreuves de **LA DÉFERLANTE**.

- ✓ Course à pied en compétition
- ✓ Passage d'obstacles (hauteur inférieure à 2m)
- ✓ Franchissement de passages en eau
- ✓ Obstacle type « parcours combattant »

qui se déroulera le **25 octobre 2020** pour un effort moyen de 2h30 sur une distance d'environ 15 km.

Date ..... / ..... / .....

Signature du médecin + cachet :