

24 OCTOBRE 2021

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 **24 octobre 2021** pour un effort moyen de **2h30** sur une distance d'environ **15 km**.

Date / /

Signature du médecin + cachet :