

24 OCTOBRE 2021

# LA DÉFERLANTE EVREUX

**CERTIFICAT  
MÉDICAL**



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 sur une distance entre **7 et 15 km**.

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

Signature du médecin + cachet :