



M. Mme

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
- ✓ Franchissement de passages en eau
- ✓ Obstacle type « parcours combattant »

qui se déroulera le pour un effort sur une distance entre 7 et 15 km.

Date / /

Signature du médecin + cachet :