

21-22  
OCTOBRE  
2023

**LA  
DEFERLANTE  
NORMANDE**

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

qui se déroulera les **21 et 22 octobre 2023** pour un effort sur une distance  
entre 8 et 12 km.

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

Signature du médecin + cachet :