



# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie  
que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du trailrunning  
(course à pieds en montagne) en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :