

HAUT®

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr _____,
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 :