

Nom de la course :

**ST LARY**<sup>SOULAN</sup>  
**PATOU TRAIL**

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ , Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M,Mlle,Mme \_\_\_\_\_

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

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition.**

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :

