



CERTIFICAT MEDICAL

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

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en montagne
en compétition .

Ceci établi en connaissance du fait que la distance peut s'élever à plus de 45km et
que le dénivelé peut s'élever à plus de 2400m.

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :