



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur :

.....

Adresse du Cabinet :

.....

Code postal : Ville :

Pays :

Certifie avoir examiné : M / Mlle / Mme

Nom – Prénom :

.....

Né(e) le : Département :

Pays :

Et n'ayant constaté ce jour aucune contre-indication à la pratique du SwimRun en compétition : efforts prolongés et intenses, alternant de la course à pied et de la natation en eau libre.

A : Le :

Tampon et signature