



# CERTIFICAT MÉDICAL

## PARTICIPANT

M., Mme, Melle

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance ..... / ..... / .....

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné

Dr.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M., Mme, Melle .....

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication à\* :

- la participation aux épreuves du Sud-Ouest Mounride constituées de course à pieds, de franchissements d'obstacles (maximum 3 m), de passages en eau, et d'autres obstacles type « parcours du combattant »
- la pratique de la course à pieds en compétition

*\*Rayer les activités sportives contre-indiquées*

Date : .....

Signature du médecin + cachet