CERTIFICAT MEDICAL (type)

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par votre médecin)

Je soussigné Dr

Docteur en medicine, certifie avoir examiné ce jour

M., Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des épreuves de la Course de Ouf : Course à pied en competition, Passage d' obstacles , franchissement aquatique

Date:

Signature du médecin + cachet: