

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION**

**A LA PRATIQUE DE RAID MULTISPORTS**

Je soussigné Docteur ………………………………………………………………………….

Certifie avoir examiné́ Mme, M. : …………….….….….….….….….….….….…...

Né(e) le ..................................................................................................

et n’avoir pas constaté́, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des activités sportives suivantes en compétition dans le cadre d’un « Raid Multi Sports » [enchainement d’activités de pleine nature].

- Course à pied

- Course d'orientation

- Run and Bike

- Canoë

- Tir à l’arc

Fait à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

**NB/ Ce certificat doit être daté de moins d’un an à la date de la manifestation.**