

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné..... ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour M./Mme/Mlle⁽¹⁾

.....

Né(e) le : et n'avoir pas constaté, ce jour, de
signes cliniques apparents contre-indiquant à la pratique de la course à obstacles.

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit .

Date :

Cachet et signature du médecin obligatoires



(1)Rayer les mentions inutiles