

Certificat Médical

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Je soussigné Docteur certifie avoir
examine ce jour :

et certifie que son état de santé ne présente aucune contre indication a
la participation d'épreuves sportives comprenant :

- Des franchissements d' obstacles « type parcours du combattant »
- Du franchissement de passage d'eau.
- Course a pied, jogging, etc...

Signature du médecin + cachet :