

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné Docteur en médecine,

Exerçant à

Certifie avoir examiné Mr / Mme / Melle

NomPrénom.....

Né le

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de la course d'obstacles en
compétition avec franchissement de passages d'eau.

Date, Cachet et signature du médecin obligatoire