

CERTIFICAT MEDICAL

AVIVA TRAIL DE HYERES

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Exerçant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Mlle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté à ce jour de contre-indication à la pratique de l'athlétisme **en compétition**

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



Cachet et signature du médecin