



## 9<sup>ème</sup> RAID AVENTURE LA PALMYRE

**SAMEDI 20 OCTOBRE 2018**

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Exerçant à : \_\_\_\_\_

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

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

Demeurant à : \_\_\_\_\_

**Et n'avoir pas constaté à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Course à pied, du VTT et du Kayak en compétition.**

Date:

Signature et Tampon du Médecin :