



RAID AVENTURE LA PALMYRE #12

SAMEDI 16 OCTOBRE 2021

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 :