

CIMALP TIGNES TRAIL 2023

-

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine.....

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Né(é) le : Age :

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la course à pied y compris en compétition.

Conformément à l'article L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de la date où il a été établi.

Certificat établi à :

Date :

Cachet du médecin :

Signature du médecin :