



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur : _____

Adresse du cabinet : _____

A : _____ Code Postal : _____

Certifie avoir examiné M./Mme/Melle : _____

Né le : _____ à : _____

et n'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique du Swimrun en compétition (successions d'efforts intenses et prolongés en alternant nage et course à pied en milieu naturel).

Signature du Médecin

Date : _____ Cachet du Médecin