

**CERTIFICAT MEDICAL**  
(obligatoire pour valider votre inscription)

Date de la visite: \_\_ / \_\_ / \_\_

Je soussigné Docteur ....., certifie avoir examiné

Melle/ Mme/ M. ....né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique du sport y compris en compétition.

Dr. ....

***Cachet et signature obligatoire***

---

**MEDICAL CERTIFICATE**  
(mandatory)

Date of appointment: \_\_ / \_\_ / \_\_

I, Doctor ....., certify that

Miss/ Mrs./ Mr. ....born on \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

is apt to take part and compete in a long-distance race in all sports.

Dr. ....

***Physician stamp and signature mandatory***

---