



# Challenge Jonathan Lassus-David

CERTIFICAT MEDICAL TYPE POUR LE CHALLENGE

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir  
examiné M. – Mme – Mlle \_\_\_\_\_

né (e) le \_\_\_\_\_ .

Je n'ai pas constaté à ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la participation à un raid  
multi-activité en compétition.

Date, Signature et cachet