



## CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique de la course à pied en montagne, en compétition.

### TRAIL DU VIGNEMALE

Je soussigné, docteur \_\_\_\_\_

N° Tél. cabinet \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale à la participation à la course de montagne en compétition.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CACHET et SIGNATURE du médecin