



CERTIFICAT MEDICAL

DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____ et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du Swimrun en compétition (efforts prolongés et intenses alternant course à pied et natation en eau libre).

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____ à _____

Signature