

# RAID NATURE 42



## CERTIFICAT MÉDICAL POUR

M., Mme, Mlle

**NOM** .....

**PRÉNOM** .....

Je soussigné Dr....., docteur en médecine,  
exerçant à .....

.....  
certifie après avoir examiné M., Mme, Mlle.....

né(e) le ....., qu'aucun signe d'affection cliniquement  
décelable ne contre-indique la pratique des épreuves du Raid Nature 42  
en compétition (run and bike, trail, VTT, course d'orientation, escalade,  
escrime, basketball, tir à l'arc, tir laser).

Date :

Signature du médecin + cachet