

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 (Trail, VTT, course d'orientation, roller/ski roue,
escalade, disque golf, carabine laser, golf).

Date :

Signature du médecin + cachet