



RAID AVENTURE LA PALMYRE #15
SAMEDI 12 OCTOBRE 2024

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme /Melle :

Né(e) le : ___ / ___ / ___

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Course à pied, du VTT et du Kayak en compétition.

Date:

Signature et Tampon du Médecin :