

Certificat médical Swimrun Vassivière 2017



Je soussigné Docteur

Numéro Ordre :

Adresse du Cabinet :

Code postal :, Ville :

Certifie que Mr – Mme :

Né(e) le :

Ne présente à ce-jour aucune contre-indication médicale apparente à la pratique du SWIMRUN (épreuve sportive consistant à une alternance répétée de natation en eau libre et de course à pied) en compétition.

A :

Le :

Signature et cachet du médecin :