

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 :