



# TRAIL des Orris

## CERTIFICAT MEDICAL

### A remplir par le médecin

Je, soussigné Dr....., docteur en médecine, certifie que l'examen de Mme/Melle/M....., né(e) le ....., ne présente pas de contre-indication à la pratique de la course à pied trail en compétition.

Certificat établi à : .....

Date : .....

Signature et tampon du médecin