

Certificat médical Swimrun Vassivière

Je soussigné(e) 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 :

