



# CERTIFICAT MÉDICAL (TYPE) POUR CHAQUE PARTICIPANT AU RAID AVENTURE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

————— PARTIE À REMPLIR PAR LE MEDECIN —————

Je soussigné(e) :

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom :

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des courses à obstacles du Raid Aventure Pélissanne.

- Course à pied en compétition
- Franchissement d'obstacles
- Passage et nage en eau

Fait à :

Date :

signature du médecin + cachet