



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie avoir examiné Mr / Mme / Melle

NomPrénom.....

Né le

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de la course d'obstacles en compétition.

Date, Cachet et signature du médecin obligatoire

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné Mr/MmePrénom.....

Certifie être apte à nager en eau profonde la distance minimum de 25m.

Date et signature