

CERTIFICAT MÉDICAL

Challenge Trail & Randonnée / Trekking / Randonnée / Vélo

Déclaration coureur

Je participe à :

- ☐ Challenge Trail (en séjour sportif en étapes avec épreuves chronométrées)
- ☐ Challenge Randonnée (en séjour sportif en étapes avec épreuves chronométrées ou non)
- ☐ Trekking (en itinérance)
- ☐ Randonnée
- ☐ Vélo (sorties organisées hors séjours)
- ☐ Vélo (en séjour itinérance)

Préciser nom et pays : _____

Certificat

Je soussigné(e), Docteur _____

Adresse du cabinet : _____

Certifie avoir examiné ce jour ☐ M. ☐ Mme/Mlle

Nom : _____

Né(e) le : _____

Adresse du patient : _____

Et ne pas avoir constaté à ce jour de contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique sportive hors compétition ou en compétition conformément aux renseignements communiqués ci-dessus par le patient participant.

Fait à _____ , le _____

Cachet et signature obligatoire