

MOM
RACE

MEN OF MUD

Powered by
EXPEDITION
TERRE INCONNUE



Nom de la course : **MOM'RACE 2017**

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Ne révèle pas de contre-indication :

- à la pratique de la course à pied en compétition.
- à la nage sur une distance d'au moins 100 mètres.
- à être en apnée sous l'eau sur une distance de 2 mètres.

Certificat établi à : _____ Date : ___ / ___ / ___

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :