



# CERTIFICAT MEDICAL

## Urban Trail des 20 ans de la CASA

Je soussigné, Docteur :

-----

Demeurant à :

-----

-----

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme :

----- Né(e) le :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Demeurant à :

-----

-----

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pieds.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

