



Certificat médical SwimRun Chambon Sancy 2018

Je soussigné Docteur, _____

Numéro Ordre : _____

Adresse du Cabinet : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Certifie que Mr - Mme : _____

Né(e) le : _____

Ne présente à ce-jour aucune contre-indication médicale apparente à la pratique du SWIMRUN (épreuve sportive consistant à une alternance répétée de natation en eau libre et de course à pied) en compétition.

A : _____ Le : _____

Signature et cachet du médecin :