

CERTIFICAT MEDICAL TYPE OBLIGATOIRE

Je soussigné .....

Docteur en Médecine, exerçant à : .....

.....  
Certifie avoir examiné, ce jour,

Né le :

Demeurant :

et ne pas avoir constaté, à la date de ce jour, de contre indication médicale à la pratique enchaînée des sports suivants (course à pieds, canoë-kayak, VTT, randonnée sportive et traversées aquatiques), en compétition, de type "Raid Aventure Nature", sur une distance d'environ 44 km et + 1365 m de dénivelé, définie dans la brochure de l'organisation.

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin.

CERTIFICAT MEDICAL TYPE OBLIGATOIRE

Je soussigné .....

Docteur en Médecine, exerçant à : .....

.....  
Certifie avoir examiné, ce jour,

Né le :

Demeurant :

et ne pas avoir constaté, à la date de ce jour, de contre indication médicale à la pratique enchaînée des sports suivants (course à pieds, canoë-kayak, VTT, randonnée sportive et traversées aquatiques), en compétition, de type "Raid Aventure Nature", sur une distance d'environ 44 km et + 1365 m de dénivelé, définie dans la brochure de l'organisation.

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin.