

TARN CANYON RAID

CERTIFICAT MEDICAL

Docteur

Certifie après examination de :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Ne révèle aucune contre-indication à la pratique du TRAIL, du VTT, du KAYAK, du SAUT A L'ELASTIQUE, de LA COURSE D'ORIENTATION en compétition.

Date :.....

Signature et tampon du médecin