



# URBAN TRAIL BAYONNE

## CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné

Docteur : .....

Certifie avoir examiné :

Mme, Melle, Mr<sup>(1)</sup> NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent ni de contre-indication à la pratique de la course à pied et de l'athlétisme en compétition

Fait à : .....

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

CACHET DU MEDECIN

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles