

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné..... ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour M./Mme/Mlle<sup>(1)</sup> .....

.....

Né(e) le : ..... et n'avoir pas constaté, ce jour, de  
signes cliniques apparents contre-indiquant à la pratique **des raids multisports en  
compétition.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Date : .....

Cachet et signature du médecin obligatoires



*(1)Rayer les mentions inutiles*