

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné D. _____, Docteur en médecine, certifie que l'examen de M/Mme _____, né(e) le _____ ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la natation et de la course à pied en compétition pour le SWIN AND RUN de HOSTENS.

Certificat établi à : _____ le : _____

Signature et cachet du médecin obligatoire