

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

(A remettre au retrait du dossard)

Je soussigné, Docteur _____,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné à ce jour :

Mr, Mme, Melle

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la participation à la Boot Camp Run qui impose :

- Une pratique de la course à pied en compétition.
- Le franchissement d'obstacles type parcours du combattant.

Et qui se déroulera sur une distance comprise entre 3500 et 4000 m.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le ____ / ____ / ____

Fait à : _____

Signature et cachet du médecin