



TRAIL DES VIGNES
<http://www.traildesvignes.net>



CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat est conforme à la législation française.

Il est conseillé d'utiliser ce formulaire.

Ce certificat médical doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose sa signature et son cachet (ou à défaut son numéro professionnel pour les médecins étrangers).

Je soussigné Docteur .

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Tél. cabinet :

Atteste que l'état de santé de :

Mlle - Mme - M.

Nom (*en lettres MAJUSCULES*) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Fait à : , le / /

Signature du médecin :

Cachet du médecin
(ou numéro professionnel) :