

**CERTIFICAT MEDICAL**  
DE NON CONTRE INDICATION A LA  
PRATIQUE DE LA COURSE A PIEDS  
EN COMPETITION



Trail longue distance de 180 km et 12000 m de dénivelé.

**Numéro de dossard du coureur =**

Je soussigné Docteur

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

Certifie avoir examiné ce jour Mme. / Mlle. / M.

Nom

Prénom

Date de naissance

**Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de la course à pieds en compétition.**

Date

Cachet & Signature du médecin

*Certificat à renvoyer par email à [certificat\\_toe\(at\)smag-trail.com](mailto:certificat_toe(at)smag-trail.com) avant le 30 mai 2011*