



SWIMRUN Bassin d'Arcachon



CERTIFICAT MEDICAL

Je, Soussigné Docteur.....

Docteur en médecine, certifie que M. Mme

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du
SwimRun (Natation et course à pied) en compétition.

A Le

Tampon et Signature du médecin :