

## CERTIFICAT MEDICAL type

(à remettre au retrait du dossard)

M., Mme, Mlle

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance ... /... /.....

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par votre médecin)

Je soussigné

Dr.....,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

.....

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication  
à la pratique des épreuves de la FRAPPADINGUE

- ⇒ Course à pied en compétition
- ⇒ Passage d'obstacles (hauteur inférieure à 2m)
- ⇒ Franchissement de passages en eau
- ⇒ Obstacle type « parcours combattant »

qui se déroulera le ..... sur une distance d'environ 12km  
pour un effort moyen de 2h30

Date :.....

Signature du médecin + cachet :