



HORIZONTES

TURISMO DESPORTIVO

Ce certificat médical doit être rempli et signé par le docteur, lequel doit y apposer son tampon ou spécifier son numéro professionnel (si ce n'est pas un docteur Portugais).

*Ce certificat doit être remis lors de la distribution des dossards.
Personne ne participera à la course sans le certificat médical.*

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur _____
certifie avoir examiné ce jour:

Prénom: _____

Nom: _____

Né le: ____ / ____ / _____, n'avoir pas constaté de contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Date: ____ / ____ / _____

Cach et et signature: