



EXTREMO SUL

U L T R A M A R A T H O N

Certificat Médical

Nom complet de l'athlète: _____

Date de naissance: _____

Passeport: _____

Ce certificat a pour but de participer à une épreuve de course en sentier longue distance, qui se tiendra du 24 au 26 novembre 2023.

Le certificat délivré avec une validité de 1 an à compter de la date du test mentionné sera accepté comme valide.

Identification du médecin (nom) _____

Numéro de licence ou autocollant _____

Je certifie que l'athlète mentionné ci-dessus ne présente aucun empêchement à la pratique de la course visée dans cette attestation.

Signature et vignette