

# CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

(ÖTILLÖ Swimrun Cannes)

Je soussigné, Docteur / I, the undersigned doctor \_\_\_\_\_

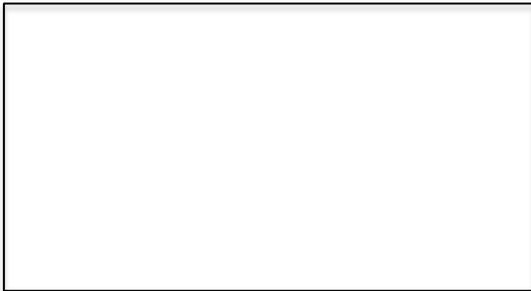
Certifie avoir examiné ce jour M., Mme, Melle / Certify that the examination of Mr/Mrs

\_\_\_\_\_, Né(e) le / Date of birth : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Et n'avoir

pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Swimrun en compétition /

*reveals no contraindications for practicing Swimrun in competition.*

Le / Date : jour day / mois month / année year .



Cachet et signature du médecin OBLIGATOIRE  
*Stamp and signature of the doctor MANDATORY*

**La formulation exacte du certificat médical, la signature et le cachet du médecin ainsi qu'une date de visite inférieure à un an le jour de la course est impérative.**

***This medical certificate with date, signature, and stamp of the doctor is valid for one calendar year.***