

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 _____

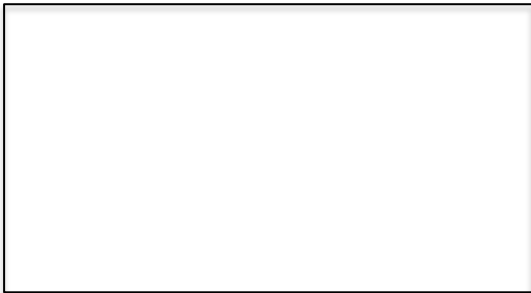
Certifie avoir examiné ce jour M., Mme, Melle / Certify that the examination of Mr/Mrs

_____, 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.