



**CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE
NON CONTRE-INDICATION A
LA PRATIQUE DU SWIMRUN**

Je soussigné Docteur :

Adresse du Cabinet :

Code postal : Ville : Pays :

Certifie avoir examiné : Mr / Mlle / Mme

Nom – Prénom :

Né(e) le : Département : Pays :

N'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique du SwimRun en compétition : efforts prolongés et
intenses, alternant de la course à pied et de la natation en eau libre.

A : Le :

Signature et Cachet du Medecin :