



**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 sport en compétition (à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique) en particulier pour le swimrun.

A : ..... Le : .....

Signature et Cachet du Medecin :