

# CERTIFICAT MEDICAL TYPE

---

**(A remettre au retrait du dossard)**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné à ce jour :

Mr, Mme, Melle

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la participation à la Boot Camp Run qui impose :

- Une pratique de la course à pied en compétition.
- Le franchissement d'obstacles type parcours du combattant.

Et qui se déroulera sur une distance de 12,5 Kms.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin**