



## CERTIFICAT MÉDICAL

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro de passeport: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Groupe sanguin RH: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Le présent certificat sert à effectuer la participation au test d'ultra-endurance, d'une distance de 281 km, qui se tiendra les 23-27 juillet 2020, à PT281 Ultramarathon.

Le certificat de validité valide de 1 an est valable à la date dudit test.

\*\*\*\*\*

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Numéro de licence ou Vignette: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Je certifie que l'athlète, identifié ci-dessus, ne présente aucune indication contre la pratique de la compétition en compétition.

---

Signature du médecin ou autocollant collant