



CERTIFICAT MEDICAL

Medical Certificate

NOM:

Name:

.....

PRENOM:

Surname:

.....

SEXE:

Gender:

.....

DATE DE NAISSANCE:

Date of birth:

.....

PAYS:

Country of origine:

.....

Je soussigné(e), Docteur

I, the undersigned, Dr.

certifie que M./Mme

certify that

est apte à pratiquer l'Ultra Trail en compétition.

is fit to participate in competitive Ultra Trail Running race.

Date de l'examen médical (OBLIGATOIRE):

Date of medical examination (mandatory):

.....

Cachet du médecin + Numéro d'identification
+ adresse du cabinet obligatoire:

*Doctor's stamp + Identification number
+ Office address required*

Signature du médecin obligatoire:

Doctor's signature required