

**CERTIFICAT MEDICAL**

Date: .....

Je soussigné,

.....

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: ...../...../.....

dont l'état de santé ne présente **aucune contre-indication** à la pratique des épreuves de la course Izenah Xtrem (course à pied en compétition, passages d'obstacles en hauteur, passages en eau froide et/ou nage de 25 mètres, franchissement d'obstacles du type « parcours du combattant ») qui se déroulera

le .....

sur une distance d'environ 12 km pour un effort moyen de 2 h 30.

Signature et cachet du médecin

