

# CERTIFICAT MEDICAL

A remettre au retrait de l'accréditation

Je soussigné,

Prénom :

Nom :

## Docteur en médecine.

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Déclare avoir examiné ce jour : / / 2016**

Prénom :

Nom :

Né(e) le : / /

Age :

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Dont l'état ne présente aucune contre indication à la pratique de la course à pied en compétition de type trail et à la participation au RAID DINGUE D'HOSSEGOR du 22 ou 23 octobre 2016 en particulier, qui comporte :**

- Un parcours d'environ 11km représentant un effort compris entre 1H00 et 2H30,
- Des zones d'obstacles tous les 400 mètres, dont certains pouvant mesurer 2 mètres de haut, du type « parcours du combattant »,
- Des zones de franchissement aquatique d'au moins 50 mètres

Signature du médecin

cachet