

# 34<sup>e</sup> FOULÉES DE CHAMBON

## Trail du Terrier Blanc

### CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr .....

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme .....

Né(e) le : ..... ne révèle pas de contre-indication à la pratique  
de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : .....Le : .....

Tampon du médecin