



## CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SWIMRUN

Je soussigné Docteur .....

Adresse du Cabinet.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Certifie avoir examiné : Mr / Mlle / Mme

Nom – Prénom : .....

Né(e) le : .....

Département : .....

Pays : .....

N'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique du SwimRun en compétition : efforts prolongés et intenses, alternant de la course à pied et de la natation en eau libre.

A : ..... Le : .....

Signature et Cachet du Medecin :



contact@nextrun.fr