



## CERTIFICAT MEDICAL 2015

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie que :

M/Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en montagne en compétition.

Suite à cet examen, je l'autorise à s'inscrire à l'une des épreuves d'Euskal Trails qui aura lieu les 15 et 16 Mai 2015 :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - Trail Gourmand, soit 2 x 25 km :        | OUI | NON |
| - Euskal Trail, soit 2 x 40 km :          | OUI | NON |
| - Ultra Trail, soit une étape de 130 km : | OUI | NON |

(Entourer l'épreuve correspondante)

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature et tampon du médecin :