



CERTIFICAT MEDICAL 2017

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que l'examen de :

M/Mme _____

Date de naissance : _____ ; Age : _____

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'Euskal Trails 2017, les 26 et 27 Mai 2017 à l'épreuve :

- | | | |
|--|-----|-----|
| -Neska Trail soit 1 étape de 8km : | OUI | NON |
| -Iluna trail soit 1 étape de 27km : | OUI | NON |
| -Trail Gourmand soit 2 étapes 25 km : | OUI | NON |
| -Euskal Trail soit 2 étapes 40 km : | OUI | NON |
| -Ultra Trail soit une étape de 130km : | OUI | NON |

(Entourer l'épreuve correspondante)

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature et tampon du médecin :