



CERTIFICAT MEDICAL 2018

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 compétition.

Suite à cet examen, je l'autorise à s'inscrire à l'Euskal Trails 2018, les 11 et 12 Mai 2018 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 de 25 km : | | OUI | - NON |
| -Euskal Trail soit 2 étapes de 40 km | : | OUI | - NON |
| -Ultra Trail soit 1 étape de 130 km | : | OUI - | NON |

(Entourer l'épreuve correspondante)

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature et tampon du médecin :