



CERTIFICAT MEDICAL 2019

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 2019, les 31 Mai et 1er Juin 2019 à l'épreuve :

- Neska Trail soit 1 étape de 10 km : OUI - NON
- Iluna trail soit 1 étape de 27 km : 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 :