



## CERTIFICAT MEDICAL 2024

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 2024, les 10 et 11 mai 2024 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

-Endurance Trail soit 1 étape de 65 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 :