



## Certificat médical

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 et/ou marche  
à pied<sup>(1)</sup>.

Suite à cet examen, je l'autorise à s'inscrire au Vaulx Tour Trail 2023, le 17 septembre 2023 à  
l'épreuve :

- 6 km course à pied – 240m D+
- 10 km marche – 540m D+
- 10 km course à pied – 540m D+
- 20 km Trail – 1000m D+
- 30 km Trail – 1770m D+

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

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

Signature et tampon du médecin :<sup>(1)</sup> Rayer les mentions inutiles