

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que : Mr, Mme

Agé de :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique « **en compétition** » du sport suivant : Swimrun / Triathlon / Raid Multisport

Attestation faite pour valoir ce que de droit.

Le :

A :

Signature  
Médecin

Tampon  
Cabinet

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Demeurant

Agissant en qualité de père mère tuteur Autorise ma fille / mon fils (rayer la mention inexacte) mineur(e) nommé(e) ci-dessous :

Nom:

Prénom :

Né(e) le :

A participer au Swimrun Côte Vermeille.

Le :

A :

Signature  
Représentant légal