



CERTIFICAT MEDICAL 2024

Je soussigné Dr _____, Docteur en
Médecine, certifie que l'examen de :

M/Mme _____

Date de Naissance : _____

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 une des courses du 100 Miles Sud de France:

- 100 MILES SUD DE FRANCE 170km 8400m D+
- LA GRANDE TRAVERSEE 120km 5400m D+
- LA TRAVERSEE 80km 4000mD+

(Entourer l'épreuve correspondante)

Certificat établi à _____

Date : _____

Signature et tampon du médecin :