



CONTACT@MPSE.FR - 07 82 86 81 76 - WWW.MPSE.FR

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :

- * Ne pas prendre de produits dopants pour participer à cette course.
- * Être informé(e) de la longueur et des spécificités de cette épreuve, nécessitant un très bon entraînement.
- * Avoir sensibilisé le médecin qui rédige le certificat médical ci-dessous des spécificités de l'épreuve et lui avoir signalé toutes informations médicales me concernant.

Fait à :

Le : / /

Signature

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur : _____

certifie avoir examiné M. / Mme : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Né(e) le : / /

n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique
du **SPORT EN COMPÉTITION.**

Fait à : _____

Le : / /

Signature et tampon :

OBLIGATOIRE

