

# OXFAM TRAILWALKER 100KM | EQUIPES DE 4 | 30H

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné-e Dr ....., Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme .....

Date de naissance : ..... Age : .....

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied/ marche à pied en compétition.

Certificat établi à : ..... Date: .....

Signature du médecin :

Tampon du médecin :

Merci de nous renvoyer votre certificat médical par mail : [evenements@oxfamfrance.org](mailto:evenements@oxfamfrance.org)  
en indiquant bien votre nom d'équipe.

