



CERTIFICAT MÉDICAL TYPE

Je soussigné Dr, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme

Nom :

Prénom :

Né le :/...../.....

dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'épreuve Crazy Up suivante :

- 9 km
- OU**
- X-Challenge (4 tours de 9 km)
- OU**
- Défi Kids (1 à 1,5 km)

Ces épreuves sont caractérisées par :

- Une course à pied en compétition ou non.
- Des passages d'obstacles de type parcours du combattant.
- Des franchissements de passages en eau.

Date :/...../.....

Signature et cachet du médecin :



CRAZY UP

contact@crazy-up.fr
www.crazy-up.fr / facebook.crazy-up.fr