



07 - 08 / 03 / 2020
LUZ ARDIDEN - PIC DU MIDI - TOURMALET



Certificat médical

Je soussigné, docteur:

Je certifie que, M./Mme. _____

Né le _____ et Carte d'identité _____

Qui participera au test de ski de montagne, Open AltitoY-Ternua:

- Route A (environ 20 km et 2500 m. De pente positive)
- Route B (environ 10 km et 1300 m. De pente positive)

Apparemment, il n'ya pas de contre-indication à participer à des événements de ski en montagne.

Date:

Numéro de timbre ou d'enregistrement et signature du médecin