



Le RaDicAtrAiL

Le

RaDicAtrAiL

710 rue du Puits Fortin

76330 PETIVILLE

tél : 33 (0)2 35 31 93 53

e.mail : [contact@radicatrail.fr](mailto:contact@radicatrail.fr)

<https://www.radicatrail.fr>

n° de dossier d'inscription :

nom :

prénom :

nationalité :

date de naissance :

zone réservée à l'organisation / organization area

CERTIFICAT MEDICAL / MEDICAL CERTIFICATE

Je soussigné Docteur / I, the undersigned Doctor

certifie que l'examen de / certifies that the examination of M

né(e) le / born on

ne révèle pas de contre indication apparente à ce jour à la pratique de  
la marche nordique en compétition / does not reveal any apparent  
contraindications to the practice of nordic walking in competition.

date :

signature du médecin

*signature of doctor*

cachet du médecin

*doctor's stamp*

Pour être valable le certificat médical doit dater de moins d'un an à la date de la course