

Certificat Médical

Je soussigné : _____

Docteur SSSM au SDIS de : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme _____

Né(e) le ___ / ___ / 19___ demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Cachet et signature du Médecin

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / 201___

Attestation d'appartenance SDIS / UDSP / FNSPF

Je soussigné : _____

Qualité : _____

Certifie que M. / Mme _____

inscrit au registre du Corps des Sapeurs-Pompiers de : _____

Est adhérent à l'UDSP et à la FNSPF, N° adhérent* : _____

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / 201___

Cachet et signature du PUD

* Données obligatoires

Association sportive des sapeurs-pompiers de l'Essonne
Championnat de France de trail 2019
Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Essonne
1, rond-point de l'Espace – BP 218 – 91007 EVRY Cedex

Renseignements : France-trail2019@sdis91.fr