

# CERTIFICAT MEDICAL

# UTNC 2025

Je soussigné, docteur : .....

Adresse du cabinet : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Certifié : **Yala Fanch**

1- avoir examiné M, / Mme / Mlle :

Prénom : ..... NOM : .....

Né.e le : ..... à : .....

2- n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale, cliniquement apparente, pour la pratique de la course à pied en compétition et en montagne et à sa participation à l'UTNC 2025

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin :

-  100 KM  3400
-  50 KM  2700
-  20 KM  1200
-  10 KM  550



## IMPORTANT : L'ATTRIBUTION D'UN N° DE DOSSARD EST SOUMISE A LA PRODUCTION DE CE CERTIFICAT.

Aucun concurrent inscrit ne pourra recevoir un dossard et prendre le départ sous couvert de l'organisation de l'UTNC sans la production de ce certificat dûment rempli et datant de moins d'1 an au jour de la fin de l'épreuve ou la production d'une licence telle qu'acceptée par le règlement de la course.



Hydratis