

1^{er} CHALLENGE NATIONAL SAPEURS-POMPIERS
De SWIM RUN

CERTIFICAT MEDICAL

SDIS-UDSP :.....

Nom :

Prénom :.....

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance

Partie à remplir par le médecin

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné Monsieur, Madame,

et n'avoir constaté aucune non contre-indication à la pratique Du Swim Run en compétition.

Fait à

le

signature et cachet du médecin.

1^{er} CHALLENGE NATIONAL SAPEURS-POMPIERS
De SWIM RUN

ATTESTATION INDIVIDUELLE
D'appartenance à l'UDSP

Je soussigné,

Président(e) de l'Union Départementale des sapeurs-pompiers

de

atteste que madame, monsieur

est bien adhérent à l'Union Départementale, à l'Union Régionale et à la Fédération Nationale des sapeurs-pompiers de France sous le numéro d'adhérent :

Fait à le

Signature du (de la) président(e) et cachet