

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie que M/Mme \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ est apte à participer à la course Handi-Challenge du 1er juillet 2017 partant et arrivant à la place de la Navigation à Lausanne, et que la catégorie conforme à sa situation médicale est la suivante (veuillez ne cocher qu'une seule case):

- Déficience motrice
- Déficience mentale
- Trouble sensoriel (surdité, malvoyance, etc.)
- Trouble du spectre autistique
- Mixte

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

**Tampon du médecin**

Date : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

## CONSETEMENT DE LA/DU REPRESENTANT(E) LÉGAL(E)

Je, soussigné, certifie être la/le représentant(e) légal(e) de \_\_\_\_\_ et, déclare l'autoriser à participer à la course Handi-Challenge du 1er juillet 2017 partant et arrivant à la place de la Navigation   Lausanne dans la catégorie mentionnée ci-dessus. Par la même occasion, je déclare avoir pris connaissance du règlement et l'approuver.

  : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A renvoyer à : [contact@handi-challenge.org](mailto:contact@handi-challenge.org)