



TRANSOSTREA

TRAVERSÉE DU BASSIN D'ARCACHON  
À LA NAGE

5 SEPTEMBRE 2026



## Certificat médical

JE SOUSSIGNÉ ..... DOCTEUR EN MÉDECINE

CERTIFIE QUE L'EXAMEN DE M/MME .....

DATE DE NAISSANCE ..... ÂGE .....

NE RELÈVE PAS DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA NATATION EN EAUX VIVES

CERTIFICAT ÉTABLI À ..... LE.....

SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN :