



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur .....,  
docteur en médecine, certifie que l'examen médical de l'état de santé de  
Monsieur. / Madame. /.....  
Né(e) le :...../...../..... Et donc âgé(e) de .....ans.

**Le patient ne présente à ce jour aucune contre-indication à la  
pratique du Défi Sportif, comprenant les activités physiques  
suivantes :**

Legmi CHALLENGE

- Natation (3 km);
- Cyclisme (380 km);
- Marche (≈80 km).

Legmi ADVENTURE

- Natation (2 km);
- Cyclisme (180 km);
- Marche (45 km).

Le .....

À .....

Signature et cachet obligatoires

Ce certificat n'est valable que pour une année.