

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné \_\_\_\_\_ Docteur en médecine

certifie que l'examen de Mr/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date:

Signature du Médecin

Tampon du médecin :