



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr. \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

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

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

Age : \_\_\_\_\_

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

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

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

Signature du Médecin :

