



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 :

