



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine certifiée avoir examiné

Mr / Mme / Melle : _____

Né (e) le : ____/____/____

Demeurant à : _____

CP : _____ Ville : _____

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

le ____/____/____ à _____

Signature du médecin

Cachet du médecin