



|                           |
|---------------------------|
| <b>Certificat médical</b> |
|---------------------------|

Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine certifie avoir examiné

Mr / Mme / Melle :

Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Demeurant à :

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

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A

Signature du médecin

Cachet du médecin