

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en
compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :