

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____

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

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :