



Certificat médical

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