



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr....., Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M / Mme.....,

né(e) le..... 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