



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