



# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr.....,  
*(I hereby)*

Docteur en médecine, certifie que l'examen de M / Mme.....,  
*(Doctor of Medicine, certifies that the examination of Mr / Mrs)*

né (e) le ..... ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la  
*(born the) (doesn't reveal any indication against the practice)*

course à pied en compétition.  
*(In running in competition).*

Certificat établi à : .....  
*(Certificate established in)*

Date : .....  
*(Date) :*

Signature du Médecin  
*(Signature of the doctor)*

Tampon du Médecin  
*(Stamp of the doctor)*