

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____,

Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme

Date de naissance : _____ Age : _____

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