



# 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 :