

# 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 :