

# 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: .....

Tampon et signature du médecin :