

# Certificat Médical

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de

M. / Mme \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

âgé(e) de \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

*Signature et cachet*