

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_.

Né(e) le : \_\_\_\_\_ ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :