

CERTIFICAT MEDICAL

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

Date de naissance : _____ Age: _____

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

Certificat médical établi à: _____

Date: _____ Signature du Médecin: _____

Tampon du médecin: