



Nom de la course :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____ , Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M,Mlle,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 du médecin :