

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_,

Docteur en Médecine, certifie que l'examen de :

Mr / Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

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

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin