



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie après examen que M, Mme, Mlle

Nom : Prénom :

né(e) le : à

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

Fait à, le

Signature du médecin

Cachet du médecin