

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme

(nom et prénom) _____

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.