

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur.....

Certifie que l'examen de :

Nom : .....Prénom : .....

Né(e) le : .....

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Date : .....

Signature du Médecin :

Tampon du Médecin :