

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) Dr, Docteur en médecine, certifie
que l'examen de M/Mme
né(e) le/...../..... , âgé(e) de , 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