

## CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

Certifie avoir examiné  né(e) le  /  /

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

**Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre  
indiquant la pratique de la course à pied en compétition**

Fait à  Le  /  /

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**