



## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cachet et Signature du Médecin