

**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU  
SPORT**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme/Mr \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable  
contre-indiquant la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de  
l'intéressé et remis en mains propres.

Le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin