



CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPÉTITION

Je soussigné (e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Et avoir conclu en l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition, en particulier de l'athlétisme et de la course à pied.

Fait à

Le

Signature, adresse et cachet du médecin