



## 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**