



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 du sport en compétition ou de la course à pied en compétition.

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et Signature du Médecin