

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de M / Mme _____,

né (e) le ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat valable un an.

Certificat établi à :

Date : / /

Signature du Médecin

Tampon du Médecin