



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
certifie avoir examiné Mme/M.
né(e) le, demeurant à,
et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents, contre-indiquant à la
pratique de la course à pied en compétition.

Fait à,

le

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :