

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Dr :

Docteur en médecine certifiée avoir examiné

Mr / Mme / Melle

Né(e) le :

Demeurant à :

Et atteste qu'il/elle ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Le :

A :

Signature et cachet du médecin



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Harmonie Mutuelle, Partenaire Santé ODYSSEA, vous propose ce certificat médical, conforme à la législation en vigueur.