



# ODYSSÉE

ENSEMBLE CONTRE LE CANCER DU SEIN

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Dr : .....

Docteur en médecine certifie 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