

ODYSSEA

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