

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