

Tampon du
cabinet médical

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____
Né(e) le : _____ ne révèle pas de contre-indication à
la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____ Le : _____

Signature du Médecin :