

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

ne révèle de :

**« non contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition ».**

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :