

Nom de la course/événement :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur.e en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____ ne
révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en
compétition.

Certificat établi à : _____ Date: _____

Signature du Médecin :

Tampon du/de la médecin :