

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Docteur,
certifie avoir examiné Mme / Melle / M,
né (e) le, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes
cliniques apparents contre-indiquant à la pratique de la course à pied en compétition.

Fait à, le

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :