CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr_____, Docteur 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 médecin :