



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), Dr....., Dr en médecine,  
certifie que l'examen de M./Mme.....  
né le ....., âge .....  
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