

Nom de la course :

Numéro de dossard :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DrDocteur 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 :