

Nom de la course :

Numéro de dossard :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussignée 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 :