

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr....., Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de

Date de naissance : Age :

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique
du sport ou de la course à pied en compétition.**

Certificat établi à :

Date : Signature du médecin :

Tampon du médecin :

