



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie que l'état de santé de

NOM (en lettres MAJUSCULES) :

Prénom :

Date de naissance : / /

Ne présente cliniquement à ce jour, aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition .

Fait à, le / / 20

Signature du médecin :

Cachet du médecin
(ou numéro professionnel) :