

Nom de la course :



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M – Mme

Date de naissance : Age :

**Ne relève pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme ou de la
course à pied en compétition.**

Certificat établi à :

Date :

Signature du médecin :

TAMPON DU MEDECIN OBLIGATOIRE

