

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur : _____

Demeurant au : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme : _____

Né (e) le : ____/____/____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de course à pied en entraînement et/ou en compétition.

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et signature du médecin

