

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....  
certifie avoir examiné Mme / M.....  
né(e) le....., et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents  
contre-indiquant la pratique de la course à pied en compétition.

Fait à.....

Le.....

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :