

Dossard N° :

Certificat médical :

Je soussigné Docteur ----- ,

Docteur en médecine certifie que l'examen de :

M/Mme,-----

Date de Naissance-----, âge-----

Ne révèle pas de contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat médical établi à : -----

Date :-----

Signature du médecin :

Tampon du médecin