

# 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 à la pratique de la course à pied en compétition.

Fait à ....., le .....

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :