



# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr ....., Docteur en  
médecine, certifie que Mme .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

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

Certificat établi à : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature du médecin

Tampon du médecin