



Intitulé de l'épreuve

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme

Né(e) enAge :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition.

A :Le :

Signature du médecin :

Tampon du médecin :