

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur :

Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de :

Prénom :

Nom :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'athlétisme ou de la course à pied en compétition.

Certificat établi à :

Le :

Signature et tampon du médecin