

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur :

.....

Adresse du Cabinet :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Certifie avoir examiné : M / Mlle / Mme

Nom – Prénom :

.....

Né(e) le : ..... Département : .....

Pays : .....

Et n'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition nécessitant des efforts prolongés et/ou intenses.

A : ..... Le : .....

Tampon et signature