

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, docteur en médecine,

Certifie que l'examen de Mme, Mr

Date de naissance \_\_\_\_\_, age

ne présente pas de contre indication à la pratique de la course à pieds,  
y compris en compétition.

Fait le :

Signature du Médecin

Cachet du Médecin

