

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur (nom et prénom)

agissant en qualité de médecin, certifie que Mr (ou Mme)

..... né(e) le

ne présente aucune contre indication à la pratique de la course à pied y compris en compétition.

Fait à : Le :/...../.....

Cachet et signature du médecin

