



# CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e), Docteur .....  
certifie avoir examiné Mme/M. ....  
né(e) le ....., demeurant à .....,  
et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents, contre-indiquant la  
pratique du sport en compétition ou de l'athlétisme en compétition ou de la  
course à pied en compétition.

Fait à .....,  
le .....

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :