



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 :