

*Réservé à l'organisation :*

**NUMERO DE DOSSARD**

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de Mr/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

Tampon du médecin :