



# Certificat Médical

Je soussigné Docteur..... ,  
certifie après avoir examiné  
Prénom ..... Nom ..... ,  
né(e) le ..... ,  
qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ne contre-indique la pratique de  
la course à pied en compétition.

Certificat établi à .....

Le .....

Signature du médecin

Tampon du médecin