



NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Certificat Médical

Je, soussigné, docteur

certifie après examen que Mr Mme
.....

né (e) le ___ / ___ / _____ ,

ne présente aucune contre indications à la pratique de **la course à pied en compétition**.

Fait à le ___ / ___ / _____

Signature du médecin :

N° d'ordre :
