



Numéro de dossard
(cadre réservé à l'organisation)

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr, docteur en médecine, certifie que l'examen de M. / Mme / Mlle, né(e) le/...../....., ne révèle aucune contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à :

Date : / /.....

Signature et tampon du médecin