

Nom de la course :

--

Numéro de dossard :

Cadre réservé organisateurs

--

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/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 :