



Nom du médecin
Informations légales

Adresse du Cabinet

Le __ / __ / __

Je soussigné(e), _____ docteur en médecine, certifie que

Mr-Mme _____, né(e) le __ / __ / __

Ne présente pas à ce jour de contre-indication, cliniquement apparente, pour la pratique de la course à pieds en compétition.

A _____, le __ / __ / __

Signature et tampon

Ce Certificat Médical est valable pour toutes autres courses durant sa validité