

Nom de la course :

Numéro de dossard :

## Certificat médical

Je, soussigné Dr....., Docteur en médecine,

certifie que l'examen de Mlle/Mme/M.....

né(e) le.....à.....

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Fait le.....à.....

Signature et cachet du médecin