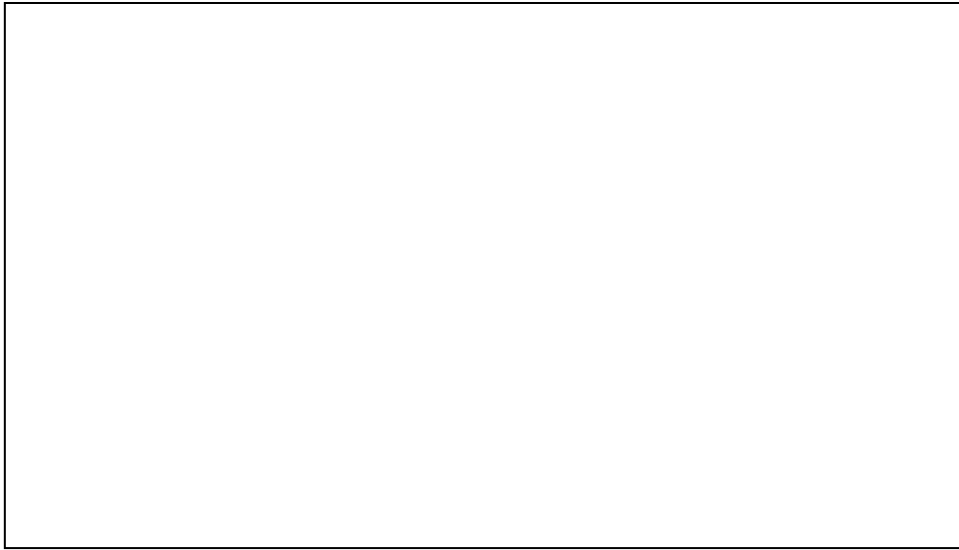


(zone réservée au tampon du médecin)



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

certifie que l'examen de

**effectué ce jour , ne met pas en évidence de contre-indication
à la pratique de la course à pied ou de l'athlétisme.**

Fait à

Le

(signature du médecin)