

(Zone réservée au tampon du médecin)



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Etabli à

Numéro d'identification

Certifie que l'examen de

Effectué ce jour, ne révèle aucune contre-indication à la pratique de la course à pied ou l'athlétisme.

Fait à

Le

(Signature du médecin)