

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr , Docteur en médecine, certifie
que l'examen de (Nom).....(Prénom).....

Né le :

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied, du trail, en
compétition.

Certificat établi à :

Date :

Signature et tampon du Médecin :