

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

.....

Né(e) le : et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du sport en compétition, de la course à pied en compétition ou de l'athlétisme en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

le :

Cachet et signature du médecin obligatoires