

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE A PIED EN COMPETITION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,

Docteur en Médecine, certifie que l'examen de

Mr/Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

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

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit. :

le \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin

NOM DE LA COURSE :

NUMERO DE DOSSARD :