

**CERTIFICAT MÉDICAL
POUR LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPETITION**

Je soussigné(e)

Dr

Certifie avoir examiné ce jour

Madame, Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Et avoir conclu en l'absence de contre indication de la pratique de la course à pied en compétition.

Date

Signature / Cachet du médecin