



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné _____

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme _____

Né(e) le : _____ ne présente aucune

contre-indication à la pratique de la course à pied ainsi que celle de la
course à obstacles.

Certificat établi à : _____, le _____

Cachet et Signature :