



## Certificat Médical

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

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

Certificat établi à : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

Tampon lisible du médecin :