

# CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU LA COURSE A PIED

Je soussigné Docteur : .....  
Adresse du Cabinet : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Pays : .....

Certifie avoir examiné : Mr / Mlle / Mme  
Nom – Prénom: .....  
Né(e) le : .....  
Département : .....  
Pays : .....

N'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

A : ..... Le : .....

Signature et Cachet du Medecin :